

Université de Montréal

Caractéristiques personnelles, traitement et récidive chez les adolescents agresseurs sexuels

par
Catherine Côté

École de criminologie
Département de criminologie, Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de M. Sc.
à la maîtrise en criminologie
option mémoire

6 septembre 2011

Résumé

La présente étude vise à vérifier auprès d'un échantillon québécois d'adolescents agresseurs sexuels quels sont les caractéristiques personnelles et familiales avant le traitement et les caractéristiques thérapeutiques en cours de traitement associées à la récidive violente et générale. Cent quarante (140) délinquants sexuels juvéniles ayant commis au moins une infraction sexuelle à l'égard d'un enfant et ayant participé à un programme de traitement spécialisé ont fait l'objet de cette recherche. L'âge moyen des participants était de 15 ans ($\sigma=1,5$). Les données concernant la récidive ont été recueillies suite à une période de suivi moyenne de cinq ans et proviennent de sources officielles des dossiers de la Chambre de la Jeunesse ainsi que du Système d'empreintes digitales de la GRC. Au total, 37 % (n=52) des sujets ont commis à nouveau des infractions criminelles dont 3% des délits sexuels, 11% des délits violents et 23% des infractions générales. Les résultats de l'étude indiquent que certaines caractéristiques personnelles avant le traitement sont associées à la récidive violente et générale. Ainsi, les émotions négatives comme stratégies d'adaptation en situation de stress augmentent les risques de récidive violente alors que la tendance à démontrer plus de symptômes liés à un traumatisme et l'obtention d'un score élevé à l'échelle d'estime de soi de la compétence athlétique augmentent les risques de récidive générale. Aucune caractéristique en cours de traitement ne permet de prédire la récidive violente et générale. Certaines de ces caractéristiques sont toutefois associées à une diminution du risque de ces deux types de récidive. En somme, les conclusions de cette étude montrent qu'une forte proportion d'adolescents auteurs d'abus sexuels poursuivra une carrière criminelle générale plutôt que de se spécialiser en délinquance sexuelle.

Mots-clés : adolescents, agressions sexuelles, caractéristiques personnelles, récidive, traitement.

Abstract

The objective of this study was to determine, among a sample of adolescent sexual offenders from Quebec, which personal and family characteristics before treatment and which therapeutic characteristics during treatment are associated with violent and general recidivism. One hundred and forty (140) juvenile sexual offenders who had committed at least one child sexual abuse offence and participated in a specialised treatment program were included in the study. The mean age of participants was 15 years. ($\sigma =1,5$) Recidivism data was collected after an average follow-up period of five years and comes from official sources, namely from Youth Division records and the RCMP's Finger Print System. In total, 37% (n=52) of subjects committed criminal offences again, of which 3% were sexual offences, 11% were violent offences and 23% were general offences. The results of the study suggest that certain personal characteristics before treatment are associated with violent and general recidivism. Using negative emotions as a coping strategy in stressful situations increases the risk of violent recidivism, whereas showing more symptoms in relation to a traumatism and having a high score on the self-esteem scale good athletic skills increase the risk of general recidivism. No characteristic during treatment could predict violent and general recidivism, although some of these characteristics were associated with a decreased risk of these types of recidivism. The conclusions of this study show that a high proportion of adolescent sexual offenders will pursue a general criminal career rather than specialize in sexual crime.

Keywords : adolescents, sexual assault, personal characteristics, recidivism, treatment.

Table des matières

Résumé	i
Table des matières	ii
Liste des tableaux	iv
Table des annexes.....	v
Remerciements	vi
Introduction	7
1. Ampleur du phénomène.....	7
2. Portrait de la population : Les caractéristiques fréquentes des adolescents agresseurs sexuels (des prédicteurs potentiels de la récidive)	8
2.1. Les intérêts sexuels déviants.....	9
2.2. Les déficits quant aux habiletés sociales	10
2.3. Les stratégies d'adaptation inadéquates	11
2.4. Manque d'empathie	11
2.5. Les distorsions cognitives.....	12
2.6. L'isolement social.....	12
2.7. La faible estime de soi	12
2.8. Les expériences sexuelles problématiques	13
2.9. L'instabilité du milieu familial et les troubles de l'attachement	13
2.10. La consommation de drogue et/ou d'alcool	14
2.11. Les caractéristiques personnelles liées au traitement	15
3. Les programmes de traitement destinés aux adolescents auteurs d'abus sexuels.....	16
3.1. Historique des programmes de traitement	17
3.2. Les centres de traitement au Québec	17
3.3. Les modalités de traitement actuelles	17
3.4. L'intervention de groupe	19
3.5. L'intervention individuelle	22
3.6. L'intervention familiale	22
3.7. Suivi post-traitement.....	24
3.8. L'efficacité des traitements	25
4. Les taux de récidive chez les mineurs responsables d'abus sexuels.....	27
4.1. Considérations méthodologiques.....	27
4.2. Les prédicteurs de la récidive	28
4.3. Les prédicteurs de la récidive sexuelle	28
4.4. Les prédicteurs de la récidive violente	29
4.5. Les prédicteurs de la récidive générale.....	30
5. Problématique	32
6. Méthodologie	33
6.1. Les Sujets.....	33
6.2. Les Instruments de mesure	34
6.3. La procédure	35
6.4. Les analyses	36
7. Les résultats	38
8. Interprétation.....	46
8.1. Les prédicteurs prétraitement associés à la récidive violente.....	46

8.2. Les prédictors prétraitement associés à la récidive générale	47
8.3. Les prédictors en cours de traitement associés à la récidive violente et générale	50
8.4. Implications cliniques liées au traitement	52
8.5. Les limites et forces de l'étude	56
9. Conclusion	57
Références	59

Liste des tableaux

Tableau 1	38
Tableau 2	39
Tableau 3	40
Tableau 4	41
Tableau 5	42
Tableau 6	43
Tableau 7	45

Table des annexes

Annexe 1	70
Annexe 2	74
Annexe 3	77

Remerciements

J'aimerais tout d'abord adresser mes plus sincères remerciements à mon directeur de maîtrise M. Jean Proulx pour son expertise incomparable, sa rigueur pédagogique et son très grand support tout au long de la rédaction de ce mémoire. Merci de votre accompagnement au cours de ces dernières années et pour le soutien que vous m'avez toujours témoigné.

Je souhaiterais aussi remercier chaleureusement M. Jean-François Allaire, statisticien à l'institut Philippe Pinel, pour m'avoir offert son aide à plusieurs reprises concernant mes analyses statistiques. Vous ne pouvez imaginer à quel point votre soutien a été précieux pour moi.

Je veux également remercier le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour la bourse d'étude octroyée. Grâce au financement que vous m'avez accordé, j'ai pu me consacrer entièrement à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens aussi à exprimer toute ma gratitude aux membres de ma famille et en particulier à ma grand-mère Yvonne ainsi qu'à mes amis pour vos encouragements sans relâche à mon égard et ce, malgré certains moments d'apitoiement. Je vous suis très reconnaissante pour tout l'amour et le support que vous m'avez témoignés tout au long de mon parcours académique.

Enfin, j'aimerais adresser le plus grand des mercis à ma mère Nicole qui est une source d'inspiration à chaque jour de ma vie. Merci maman pour ta compréhension et ton amour inconditionnel à mon égard. De par ton courage, ta persévérance et ton immense générosité tu fais de moi une meilleure personne. Je t'aime.

Introduction

La documentation scientifique portant sur le phénomène des agressions sexuelles a connu un essor considérable depuis les trente dernières années. La prolifération des articles ainsi que des livres publiés à ce sujet témoigne bien de l'intérêt suscité par ce problème social. Or, l'état actuel des connaissances en matière d'infractions à caractère sexuel permet d'établir qu'une forte proportion d'entre elles sont perpétrées par des adolescents. Un constat similaire se dégage des études rétrospectives réalisées auprès d'adultes agresseurs sexuels. Celles-ci démontrent qu'environ 50 % de ces délinquants affirment avoir commis des infractions sexuelles dès leur adolescence (Abel & Rouleau, 1990; Becker, Harris & Seles, 1993, Lagueux et Tourigny, 1999).

1. Ampleur du phénomène

La fréquence des agressions sexuelles commises par des mineurs est abordée dans bon nombre d'études. Selon l'ensemble des données rendues disponibles à ce sujet, il est permis d'estimer qu'aux États-Unis, 20 % des viols et entre 30 % à 50 % des agressions sexuelles impliquant des enfants sont perpétrés par des adolescents (Ryan & Lane, 1997). Au Canada, les études rapportent que de 15 % à 30 % des agressions sexuelles sont le fait de personnes qui ont moins de 21 ans (Lagueux et Tourigny, 1999). Au Québec, 20 % à 30 % des agressions sexuelles commises envers des enfants sont l'œuvre d'adolescents (Allard-Dansereau, Haley, Hamane & Bernard-Bonin, 1997 cité dans Lafortune et *al*, 2007). De récents ouvrages concluent également que les adolescents sont responsables du quart des agressions sexuelles qui sont perpétrées au Québec (Ouimet, 2005, Sioui, 2008). Enfin, selon le Comité de la protection de la jeunesse, 17 % des agressions sexuelles d'enfants signalées impliquent des infracteurs qui ont 18 ans et moins (Lafortune, 1996).

Bien que les statistiques évoquent sans conteste la grande ampleur du phénomène des agressions sexuelles commises par des adolescents, il n'en demeure pas moins qu'il est difficile d'établir avec précision l'étendue réelle de ces délits sexuels. En effet, plusieurs auteurs contestent la validité des statistiques officielles en évoquant qu'il ne s'agit là que de la pointe de l'iceberg en matière de délinquance sexuelle. À ce sujet, Tourigny et Dufour (2000) rapportent que la fréquence relative aux agressions sexuelles perpétrées par des adolescents ne concerne que les cas signalés aux autorités. Ils estiment qu'entre 75 % et 90% des abus sexuels commis envers

des enfants ne sont pas déclarés aux autorités légales. De telles statistiques confirment qu'il est d'autant plus important d'intervenir rapidement auprès des adolescents responsables d'abus sexuels afin d'éviter que ces derniers ne récidivent.

Avant de présenter les études sur la récidive chez les adolescents agresseurs sexuels, ainsi que celles sur le traitement destiné à en réduire le taux, nous présenterons un portrait de ces mineurs auteurs d'abus sexuels. En effet, les caractéristiques personnelles et familiales de ces adolescents agresseurs sexuels sont considérées comme des facteurs de risque qui favorisent l'engagement dans un premier délit sexuel. Or, il est possible que plusieurs d'entre elles constituent également des facteurs de risque de récidive. Puisque l'étude des prédicteurs de la récidive chez les adolescents agresseurs sexuels est un domaine relativement peu étudié, notre étude sera donc en partie exploratoire. Ainsi, elle reposera en partie sur des caractéristiques personnelles et familiales, soient des facteurs peu ou pas étudiés dans leurs liens avec la récidive criminelle.

2. Portrait de la population : Les caractéristiques fréquentes des adolescents agresseurs sexuels (des prédicteurs potentiels de la récidive)

Plusieurs caractéristiques personnelles et familiales sont recensées dans la documentation scientifique concernant les adolescents agresseurs sexuels. Parmi celles qui sont le plus souvent relevées dans les études, se retrouvent : la présence d'intérêts sexuels déviants (Worling et Curwen, 2000), les difficultés relationnelles (Kenny, Keogh et Seidler, 2001; Mandrigrano, 1999, Skuse et al., 1998), les stratégies d'adaptation inadéquates en situation de stress (Pagé, Tourigny et Renaud, 2010), le manque d'empathie (Jacob et al., 1993; Sioui, 2008), les distorsions cognitives (Mandrigrano, Robinson et Rouleau, 1997), l'isolement social (Laforest et Paradis, 1990), la faible estime de soi (Marshall, Serran, Cortoni, 2000), les expériences sexuelles traumatisantes, telles que la victimisation sexuelle ou l'exposition à des modèles sexuels inadéquats (Murphy, DiLillo, Haynes et Steere, 2001), l'instabilité du milieu familial (Tardif et al., 2007), les troubles de l'attachement (Marshall, W.L., Hudson, S.M. et Hodkinson, S, 1993 ; Smallbone, 2005) ainsi que la consommation de drogue et d'alcool (Tourigny et Dufour, 2000). Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, elle regroupe tout de même les caractéristiques les plus fréquemment associés à la population des adolescents agresseurs sexuels. Toutefois, ce ne sont pas tous les délinquants sexuels juvéniles qui présentent des difficultés pour chacune de ces

caractéristiques. Il demeure cependant intéressant d'élaborer quelque peu sur chacune d'entre elles.

2.1. Les intérêts sexuels déviants

Certains délinquants sexuels juvéniles présentent des fantasmes sexuelles déviantes. Ils recourent ainsi à des scénarios imaginaires dans lesquels ils ont des rapports sexuels, la plupart du temps avec des plus jeunes qu'eux (Robinson, 1998). Les intérêts sexuels déviants chez ces adolescents précèdent bien souvent l'actualisation de comportements inappropriés tels que l'exhibitionnisme, le voyeurisme, les attouchements, ou encore des délits plus sérieux, notamment le viol (Jacob, Mckibben Proulx, 1993). Plusieurs auteurs notent aussi une aggravation, au fil du temps, quant à la nature des gestes posés par les adolescents agresseurs sexuels (Becker et Hunter, 1997; Vizard, Monk & Mish, 1995). D'après Lagueux et Tourigny (1999), de 20 % à 35 % de ces gestes sont considérés comme graves, car ils réfèrent à une agression sexuelle complète (coït, sodomie, etc), alors que de 40 % à 50 % des autres actions commises concernent davantage des attouchements. Fait à noter, la fréquence des pénétrations semble augmenter lorsque la victime fait partie du même environnement familial que l'agresseur (LeBlanc et Lapointe, 1999).

En ce qui a trait aux victimes, les recherches scientifiques font état de plusieurs résultats contradictoires. Certaines études, dont celle de Ryan (1997), indiquent que les victimes des délinquants sexuels juvéniles seraient plus souvent des fillettes. Pour leur part, Aylwin et ses collaborateurs (2000) estiment que les mineurs responsables d'agressions sexuelles ont un intérêt plus marqué pour les garçons, en ce sens où lorsqu'ils sont victimes d'une agression sexuelle de la part d'un adolescent, les garçons sont plus souvent agressés que les filles en termes de fréquence. Enfin, l'étude de Zolondek *et al.* (2001) rapporte que le nombre de victimes féminines est similaire au nombre de victimes masculines agressées par des adolescents. Un constat général émane de ces différentes recherches : peu importe le sexe de la victime, les adolescents commettent généralement leurs agressions sexuelles à l'égard d'enfants âgés de 10 ans ou moins, soit dans une proportion de 86% (Sioui, 2008). Il apparaît aussi que selon l'âge de la victime, le genre de celle-ci varie. Ainsi, plus jeune est la victime, plus grande est la probabilité qu'elle soit de sexe masculin (Benoit et Kennedy, 1992).

En grande majorité, les adolescents auteurs d'abus sexuels commettent leurs crimes envers des proches plus jeunes qu'eux. Une étude réalisée par Miranda et Corcoran (2000) rapporte que 70 % des délinquants sexuels juvéniles commettent leurs agressions sexuelles à l'intérieur de leur propre famille (frère, sœur, cousin, cousine, etc.). Une explication de ce phénomène réside peut-être dans le fait que les adolescents ont peu de moyens pour se déplacer et que leurs habiletés sociales, souvent déficientes, ne leurs permettent pas d'entrer en contact avec une victime qui leurs est inconnue. C'est sans doute pourquoi les adolescents délinquants sexuels ont davantage tendance à agresser sexuellement un membre de leur famille.

En ce qui concerne toujours les fantasmes sexuelles déviantes, les études montrent que l'évaluation phallométrique est peu utilisée auprès de la clientèle des adolescents agresseurs sexuels en traitement au Québec (Jacob, McKibben et Proulx, 1993). Cette évaluation vise à mesurer la réaction pénienne du sujet lorsque celui-ci est exposé à des images ou des récits sexuellement explicites (Launey, 1994). Cette méthode est décrite comme la plus valide pour tracer un portrait des préférences sexuelles du délinquant (Jacob, McKibben et Proulx, 1993). Certains auteurs encouragent le recours à cet instrument auprès des adolescents agresseurs sexuels. Toutefois, les quelques études qui ont documenté l'évaluation phallométrique auprès de cette population spécifique indiquent qu'une minorité d'adolescents agresseurs sexuels présentent des fantasmes sexuelles déviantes (Robinson, 1998). Il demeure néanmoins essentiel de spécifier que les intérêts sexuels déviants constituent un facteur important de récurrence sexuelle chez les adolescents agresseurs sexuels (Hanson et Morton-Bourgon, 2005)

2.2. Les déficits quant aux habiletés sociales

Les mineurs responsables d'agressions sexuelles présentent généralement peu d'habiletés sociales ainsi que des difficultés relationnelles importantes avec les pairs de leur âge (Carpentier, 2009; Cooper et al, 1996; Van Wikj et al, 2006). Il en résulte alors une pauvreté dans leurs relations sociales qui les conduit à adopter des comportements méfiants à l'égard des autres (Jacob et al., 1993 ; Laforest et Paradis, 1990). Ces déficits proviennent souvent de relations difficiles vécues dans le passé, soit avec leurs propres parents ou bien avec des pairs. Il peut s'agir par exemple d'abandon parental, de violence au sein de la famille ou de relations conflictuelles importantes avec des pairs. Les adolescents agresseurs sexuels sont nombreux à avoir vécu des difficultés dans leurs relations interpersonnelles au cours de leur enfance où ils se

sont sentis isolés et rejetés de leurs pairs (Skuse et *al*, 1998, Tyler, 2002). De leur côté, Richard-Bessette (1996) se sont penchés sur les habiletés hétérosociales des adolescents agresseurs sexuels. Entre autres, ces auteurs rapportent que les délinquants sexuels juvéniles présentent des déficits au plan des habiletés hétérosociales. En effet, il semble que ces derniers éprouvent plus de difficultés à entrer en relation avec des pairs de leur âge, mais de sexe différent. Par le fait même, ces adolescents vont donc initier davantage un contact avec des plus jeunes qu'eux puisque ceux-ci risquent moins de les rejeter socialement.

2.3. Les stratégies d'adaptation inadéquates

Selon l'étude de Pagé et ses collaborateurs (2010), les jeunes délinquants sexuels réagissent généralement de manière émotionnelle en situation de stress. Les émotions qu'ils présentent sont alors souvent négatives lorsqu'ils se retrouvent dans de telles circonstances. Ainsi, comme stratégie d'adaptation face au stress, ils ont tendance à s'exprimer avec colère, frustration et agressivité face aux autres. Jacob McKibben et Proulx (1993) rapportent aussi que le registre émotionnel des adolescents agresseurs sexuels est restreint et se compose principalement d'émotions négatives. Ces auteurs affirment aussi que les délinquants sexuels juvéniles ont souvent du mal à exprimer adéquatement leurs émotions puisqu'ils ont généralement tendance à nier, à rationaliser ou à fuir ce qu'ils ressentent.

2.4. Manque d'empathie

Plusieurs études rapportent que les adolescents agresseurs sexuels sont nombreux à faire preuve d'un manque d'empathie (Jacob et al., 1993; Madrigano, 1999; Sioui, 2008). Dans son évaluation menée auprès d'un échantillon québécois d'adolescents auteurs d'abus sexuels, Jacob et ses collaborateurs (1993) souligne qu'il est souvent difficile pour ces derniers de démontrer un intérêt face aux autres. Leurs préoccupations sont d'abord axées sur le désir impératif de répondre à leurs propres besoins et ce, souvent au détriment des autres. Bon nombre d'adolescents agresseurs sexuels, dans cette étude, montrent qu'ils se soucient peu des personnes mêmes les plus significatives de leur entourage, tels que leurs parents. De toute évidence, l'empathie pour la victime chez les délinquants sexuels juvéniles est généralement faible. De son côté, Sioui (2008) révèle que plusieurs adolescents agresseurs sexuels démontraient si peu d'empathie à leur victime qu'ils allaient même jusqu'à blâmer cette dernière pour l'agression sexuelle qu'elle avait subie.

2.5. Les distorsions cognitives

Les distorsions cognitives sont reconnues comme des croyances, des pensées ou des arguments erronés qui jouent souvent un rôle de facilitateur dans le délit chez les adolescents agresseurs sexuels. En ce sens, elles tendent à réduire leur responsabilité en rendant leur comportement sexuel déviant comme étant acceptable. Dans le même sens, Sioui (2008) reconnaît que bon nombre de mineurs responsables d'abus sexuels issus de son échantillon montrent une propension à banaliser et à minimiser leur agression sexuelle, soit en niant les faits, leur responsabilité ou les conséquences pour la victime. De telles attitudes servent ainsi à maintenir des préférences sexuelles déviantes et favorisent la continuité de la délinquance sexuelle chez les adolescents agresseurs (Madrigano, Robinson et Rouleau, 1997).

2.6. L'isolement social

Dans leur étude, Laforest et Paradis (1990) constatent que les adolescents délinquants sexuels présentent souvent un faible réseau social. En ce sens, les sujets de leur échantillon avaient généralement peu ou pas d'amis. Jacob, McKibben et Proulx (1993) établissent un constat similaire en concluant que les adolescents délinquants sexuels sont plus souvent isolés socialement. Dans une autre étude comparant un groupe d'adolescents agresseurs sexuels et un groupe de délinquants non-sexuel, Beauchemin et Tardif (2007) se sont attardés à la maladresse sociale. Leurs résultats montrent que les mineurs responsables d'abus sexuels vivent davantage de solitude et se sentent plus en retrait socialement, que les adolescents délinquants non-sexuels.

2.7. La faible estime de soi

Bon nombre d'études reconnaissent que les adolescents agresseurs sexuels présentent généralement une faible estime d'eux-mêmes (Laforest et Paradis, 1990, Marshall, Anderson et Champagne, 1997). Par le fait même, ces auteurs sont d'avis que le fait de présenter une estime de soi faible engendre des difficultés à l'adolescence lorsque vient le moment d'établir une relation d'intimité avec des pairs. En ce sens, l'agression d'une victime peut apparaître comme une façon illusoire de créer une relation d'intimité avec ses pairs. Une estime de soi faible peut aussi conduire les adolescents à fréquenter des pairs plus jeunes qu'eux afin de se sentir valoriser.

2.8. Les expériences sexuelles problématiques

Plusieurs études se sont intéressées à la victimisation sexuelle pour expliquer les agressions sexuelles perpétrées par les adolescents (Kenny, Keogh & Seilder, 2001; Murphy, DiLillo, Haynes et Steere, 2001; Vizard *et al.*, 1995; Worling, 2001). La proportion des adolescents ayant fait l'objet d'abus sexuels lors de leur enfance varie cependant considérablement d'une étude à l'autre. Malgré tout, plusieurs auteurs avancent que les expériences de sexualité déviante (victimisation sexuelle ou exposition à des modèles sexuels déviants) constituent un facteur de risque associé à la délinquance sexuelle (Carpentier, 2009; Veneziano & Veneziano, 2002). De plus, l'étude de Jacob, McKibben et Proulx (1993) indique que les délinquants sexuels juvéniles qui ont fait l'objet d'abus sexuels durant leur enfance agressent plus fréquemment des enfants. Dans le même sens, Worling (2001) rapporte que les adolescents victimes de sévices sexuels pendant leur enfance ont plus souvent tendance à agresser des personnes plus jeunes qu'eux. La victimisation sexuelle a aussi de graves conséquences psychologiques. Cependant, bien que ces études démontrent les séquelles importantes laissées par ces expériences de vie traumatisantes, il faut toutefois demeurer prudent quant au rôle de la victimisation sexuelle des adolescents agresseurs sexuels dans leurs délits. Il s'agit souvent pour ces derniers de la réponse la plus facile à donner afin d'expliquer à leur entourage pourquoi ils ont eu ce type de comportement (Sioui, 2008).

De toute évidence, la victimisation sexuelle pendant l'enfance ne peut expliquer à elle seule la perpétration de crimes de cette nature chez les adolescents auteurs d'abus sexuels. Toutefois, elle met en lumière une réalité vécue par bon nombre de délinquants sexuels juvéniles : un milieu familial dysfonctionnel, instable ainsi que violent et la présence de troubles de l'attachement liés à des abandons parentaux (Tardif *et al.*, 2007, Smallbone, 2005).

2.9. L'instabilité du milieu familial et les troubles de l'attachement

La situation familiale de plusieurs adolescents qui ont commis des infractions sexuelles est certes préoccupante. Bon nombre de recherches rapportent que les délinquants sexuels juvéniles sont issus de familles éclatées dans lesquelles ils vivent beaucoup d'instabilité (Bischof *et al.*, 1995, Collin-Vézina & Cyr, 2003). Lafortune (2001) en vient, lui aussi, à faire un constat similaire en démontrant un taux important d'abandon parental avant l'âge de 12 ans chez les

adolescents agresseurs sexuels. Il importe ici de spécifier que le terme abandon parental signifie généralement une rupture définitive de la relation entre l'enfant et son parent et dans la plupart des cas, il s'agit du père.

Les études portant sur les familles d'adolescents agresseurs sexuels rapportent aussi qu'il y aurait plusieurs manifestations de violence physique et sexuelle entre les parents ou entre les parents et leurs enfants (Tardif et *al.*, 2007; Vizard, Monk et Misch, 1995). Ainsi, les agressions physiques et sexuelles peuvent devenir des conduites perçues comme étant normales dans le répertoire comportemental de l'adolescent. Bon nombre d'études ont soulevé aussi l'hypothèse des liens problématiques d'attachement entre les parents et leur enfant pour expliquer les difficultés des délinquants sexuels juvéniles à établir des relations interpersonnelles adéquates à l'adolescence (Marshall, 1989; Smallbone, 2005). Selon Marshall, Hudson, & Hodgkinson (1993), les troubles de l'attachement entraînent des difficultés importantes sur le plan des relations interpersonnelles et d'intimité à l'adolescence.

Les troubles de l'attachement sont souvent causés par les abandons parentaux précoces. Cette expérience d'abandon semble avoir un impact profond sur l'estime de soi et contribuerait au développement et au maintien de relations problématiques à l'adolescence chez les délinquants sexuels juvéniles (Ryan, 1997). L'abandon parental cause aussi des sentiments de rejet chez les adolescents agresseurs sexuels (Worling, 2001). Par peur d'être rejetés à nouveau, certains adolescents agresseurs sexuels vont préférer éviter les contacts avec les autres. Dans la même optique, Smallbone (2005) soutient que les troubles de l'attachement favorisent l'émergence de comportements antisociaux chez les adolescents agresseurs sexuels ce qui nuit grandement aux relations interpersonnelles et contribuent à isoler socialement ces jeunes.

2.10. La consommation de drogue et/ou d'alcool

Autre constat, la consommation abusive de substances psychoactives chez les adolescents agresseurs sexuels est parfois présente lors du délit, mais les données disponibles à ce sujet varient énormément d'une étude à l'autre, soit de 3 % à 72 % (Madrigano, Robinson et Rouleau, 1997; Tourigny et Dufour, 2000). Tout dépend également du contexte qui entoure l'agression sexuelle. Par exemple, il apparaît que la consommation d'alcool est plus répandue chez les adolescents qui agressent sexuellement des femmes adultes ou des pairs, comparativement à ceux

qui abusent d'enfants (Jacob *et al.*, 1993). Notamment, l'agression sexuelle où il y a une surconsommation d'alcool se produit souvent à l'intérieur du couple, composé par l'adolescent et son amoureuse, ou lors d'une agression à plusieurs sur une même victime (Madrigano, Robinson et Rouleau, 1997). La présence d'alcool ou de drogue augmente également les probabilités que l'agresseur porte atteinte à l'intégrité physique de la victime lors de l'agression sexuelle (Hsu & Starzynsky, 1990). Ainsi, lorsque l'alcool ou la drogue est en cause, l'agresseur a tendance à recourir davantage à la violence en perpétrant son délit.

2.11. Les caractéristiques personnelles liées au traitement

La plupart des études consacrées aux adolescents auteurs d'abus sexuels se sont attardées à décrire les caractéristiques personnelles et familiales de ces jeunes. Elles sont ainsi parvenues à dresser un portrait permettant de mieux connaître cette population. Toutefois, malgré la prolifération des études descriptives portant sur les adolescents agresseurs sexuels, rares sont celles qui se sont intéressées à l'impact des caractéristiques personnelles de ces jeunes en traitement. L'étude de Proulx, Tourigny et Lafortune (soumis) portant sur les prédicteurs de la fin prématurée du traitement identifie certaines de ces caractéristiques. Notamment, les adolescents qui ne complètent pas leur traitement éprouvent des difficultés à faire face aux situations de stress, ils recourent à des stratégies d'évitement et de distraction afin de gérer celles-ci, ils attribuent la responsabilité de leurs délits sexuels à des facteurs extérieurs (ex : la victime) et ils présentent des distorsions cognitives afin de justifier l'agression sexuelle qu'ils ont perpétrée. De plus, cette étude s'est également intéressée aux caractéristiques personnelles des délinquants sexuels juvéniles en cours de traitement. Les résultats de cette recherche montrent que les adolescents qui ne complètent leur démarche thérapeutique se situent davantage au stade motivationnel de la précontemplation. En ce sens, ce stade de motivation correspond à une non-reconnaissance de ses difficultés personnelles et s'accompagne d'un refus de vouloir changer. Les adolescents qui se trouvent à ce stade sont ainsi plus susceptibles de récidiver. Par ailleurs, les jeunes délinquants sexuels qui complètent leur traitement se situent davantage aux stades de la contemplation, de l'action et du maintien alors qu'ils reconnaissent leurs difficultés personnelles, montrent une volonté de changer en se mobilisant et maintiennent les changements apportés à leurs comportements. Par conséquent, ceux qui se situent à ce stade ont moins de chances de récidiver.

Toujours selon l'étude de Proulx et ses collaborateurs (soumis), les adolescents délinquants sexuels qui n'ont pas complété leur traitement présentent aussi une faible alliance thérapeutique. En ce sens, ils montrent peu de capacité à travailler en traitement, ils présentent un faible engagement dans leur démarche thérapeutique, ils ne s'entendent pas avec leur thérapeute sur les objectifs du traitement et ils ont une perception négative de ce dernier. Le fait également d'avoir une perception négative des participants sont aussi des caractéristiques qui favorisent l'interruption du traitement chez les adolescents agresseurs sexuels.

Au-delà des caractéristiques personnelles liées au traitement chez les délinquants sexuels juvéniles, l'environnement social semble également avoir une incidence sur l'issue du traitement chez ces jeunes. En effet, selon l'étude de Proulx, Tourigny et Lafortune (soumis), les adolescents agresseurs sexuels qui possèdent un réseau social limité ont moins de chances de compléter leur traitement. L'étude de Proulx et ses collaborateurs révèlent aussi que les pairs ont une plus grande influence en matière de soutien social que la famille.

3. Les programmes de traitement destinés aux adolescents auteurs d'abus sexuels

Par delà les caractéristiques personnelles, familiales et thérapeutiques présentées ci-haut, il s'avère intéressant de s'attarder aux traitements dispensés à cette clientèle. En ce sens, plusieurs auteurs insistent sur la pertinence d'élaborer des stratégies d'intervention spécifiques aux délinquants sexuels juvéniles puisqu'ils ne présentent pas les mêmes caractéristiques que les adultes agresseurs sexuels (Madrigano et al., 1997). Ceux-ci nous rappellent qu'il est primordial de tenir compte des caractéristiques propres à la population des adolescents agresseurs sexuels afin de concevoir des stratégies d'intervention qui correspondent mieux à leurs besoins. De plus, le développement psychique de l'adolescent est en processus de maturation et n'est donc pas comparable à celui de l'adulte, une autre réalité à prendre en considération par ceux qui dispensent les programmes de traitement à cette clientèle (Vandiver, 2006). Il faut également souligner que plusieurs auteurs considèrent que les délinquants sexuels juvéniles qui ne reçoivent aucun traitement pourraient commettre jusqu'à une centaine de crimes sexuels à l'âge adulte (Hanson et Bussière, 1998).

3.1. Historique des programmes de traitement

Les programmes de traitement offerts aux adolescents agresseurs sexuels ont d'abord connu une forte expansion aux États-Unis. Dans les années 90, le nombre de programmes de traitement pour les délinquants sexuels juvéniles se chiffrait déjà à 800 (Righthand et Welch, 2001). Au fur et à mesure que ces centres se sont développés, les modalités de traitement, elles, se sont multipliées. Malgré cette diversité, l'intervention psycho-socio-éducative de groupe demeure l'approche privilégiée actuellement dans plusieurs programmes de traitement offerts aux adolescents responsables d'abus sexuels (Lafortune et al, 2007).

3.2. Les centres de traitement au Québec

Au Québec, les centres de traitement pour cette clientèle ont mis plus de temps à se développer. Avec l'avancement des connaissances scientifiques depuis les trente dernières années, les programmes d'intervention sont maintenant plus nombreux. Actuellement, au Québec, il existe neuf centres spécialisés pour les adolescents agresseurs sexuels. Selon Lafortune et ses collaborateurs (2007), trois programmes de traitement se trouvent dans des cliniques pédopsychiatriques, soit la Clinique des troubles sexuels pour mineurs du Centre de pédopsychiatrie du CHUQ (Québec), le Centre de psychiatrie légale de Montréal et l'Unité des adolescents de l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Les six autres centres se trouvent dans des établissements de services psychosociaux ou des organismes communautaires. Il s'agit notamment du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, du Centre d'intervention en délinquance sexuelle de Laval, des organismes Parents-Unis de Repentigny Lanaudière et Parents-Unis de Saint-Jérôme Laurentides, du Centre d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle de l'Estrie (CIVAS) et du Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF) de Gatineau.

3.3. Les modalités de traitement actuelles

La majorité des neuf centres qui offrent des programmes de traitement aux délinquants sexuels juvéniles comprennent cinq modalités principales : 1- les groupes à vocation introspective, 2- les groupes à vocation éducative, 3- l'intervention familiale, 4-les thérapies comportementales et 5- la prévention de la récurrence (Lafortune et al., 2007). Ces cinq modalités peuvent être combinées et varient en fonction de différents critères : la thérapie interne

(hébergement) ou externe (ambulatoire), l'âge des participants, la mixité (pédophile ou violeur) du groupe de thérapie et les particularités de la clientèle, comme par exemple une déficience intellectuelle chez un participant (Lafortune et *al.*, 2007).

Selon Lafortune et ses collaborateurs (2007), le nombre d'adolescents qui participent aux programmes de traitement varie d'un centre spécialisé à l'autre. La majorité des programmes sont offerts sur une base ambulatoire, c'est-à-dire qu'ils n'hébergent pas les adolescents dans leur établissement. Seul un des neuf centres spécialisés offre l'hébergement. La durée du traitement diffère également d'un établissement à l'autre, soit entre 4 et 12 mois. Cependant, ils sont tous basés sur une approche de type psycho-socio-éducative qui s'inspire d'une ou de plusieurs des cinq modalités mentionnées précédemment. Il s'agit là d'un modèle éclectique qui comprend plusieurs objectifs de traitement dont des séances d'éducation sexuelle, une sensibilisation aux conséquences de l'agression sexuelle subie par la victime, l'apprentissage d'habiletés sociales, la diminution des distorsions cognitives et la compréhension du processus de passage à l'acte pour prévenir la récurrence (Proulx, Tourigny et Lafortune, soumis).

Toujours selon l'étude de Lafortune et ses collaborateurs (2007), tous les centres spécialisés qui dispensent leurs services aux adolescents sont constitués d'équipes multidisciplinaires. Ces équipes sont formées de plusieurs intervenants tels que des sexologues, des criminologues, des psychologues, des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs et parfois même des psychiatres. Le travail de chaque praticien est ainsi complémentaire à celui des autres et ce, tout au long du traitement auquel participe le délinquant sexuel juvénile.

Les adolescents agresseurs sexuels sont généralement référés dans les centres de traitement en vertu de deux principales lois, soit la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) (Lafortune et *al.*, 2007). Les consultations sur une base volontaire demandées par les adolescents ne représentent qu'une infime partie des demandes traitées par le personnel de ces centres. La clientèle retrouvée dans ces centres est majoritairement constituée d'adolescents ayant agressé sexuellement un proche de leur famille (Lafortune *et al.*, 2007).

Le processus de référence des adolescents vers le centre de traitement suit une procédure semblable d'un établissement à l'autre. Dans un premier temps, le jeune subi une pré-évaluation.

Par la suite, il est évalué par le personnel du centre de traitement. S'il est admis, le jeune est orienté vers un suivi de groupe ou individuel. Enfin, l'adolescent est évalué à la fin de son traitement avant que celui-ci ne prenne fin. Dans quelques rares établissements, il y a aussi un suivi post-traitement qui est offert aux jeunes (Lafortune *et al.*, 2007).

La pré-évaluation est un processus auquel participe souvent divers acteurs tels les milieux scolaires, les centres communautaires, les centres jeunesse et les parents puisque ceux-ci y réfèrent généralement l'adolescent délinquant sexuel. Le but de cette pré-évaluation est de vérifier s'il y a présence ou non de comportements et d'intérêts sexuels déviants (Lafortune *et al.*, 2007).

À la suite de la pré-évaluation, qui constitue la première étape du processus en centre de traitement, chaque établissement doit évaluer l'admissibilité du jeune. Cette évaluation peut s'échelonner sur plusieurs rencontres et vise à déterminer à quel point l'adolescent reconnaît la nature problématique de ses comportements sexuels. Cette étape est cruciale puisqu'elle permet de cibler les déficits de l'adolescent, de déterminer ses besoins particuliers et de vérifier sa motivation à s'engager dans une démarche thérapeutique. Lors de cette évaluation initiale, plusieurs intervenants utilisent des entrevues semi-structurées et autres instruments (grilles, questionnaires, etc.) (Lafortune *et al.*, 2007)

Une fois l'évaluation terminée, les objectifs de traitement du délinquant sexuel sont déterminés afin que ce dernier poursuive le programme. En fonction de ces objectifs, l'adolescent délinquant sexuel sera dirigé vers une intervention de groupe ou une intervention individuelle (Lafortune *et al.*, 2007).

3.4. L'intervention de groupe

Au Québec, huit des neuf centres spécialisés offrent d'abord des rencontres de groupe aux adolescents délinquants sexuels (Lafortune *et al.*, 2007). Plusieurs des modalités mentionnées plus tôt sont appliquées dans les rencontres de groupes, dont les groupes à vocation introspective, les groupes à vocation éducative et la prévention de la récidive (Lafortune *et al.*, 2007). Toujours d'après l'étude de Lafortune et ses collaborateurs (2007), le nombre de rencontres en groupe varie d'un centre à un autre. Il en va de même pour le nombre de participants à l'intérieur du

groupe, qui habituellement se compose de 4 à 10 jeunes. La constitution des groupes d'adolescents tient principalement compte de l'âge des sujets. Lorsque les participants sont très nombreux, ils peuvent être divisés en deux groupes selon leur âge. Mais en réalité, le nombre de jeunes inscrits à un programme de traitement permet rarement de former plus d'un groupe.

Selon l'étude de Lafortune et de ses collaborateurs (2007), les règles de fonctionnement au sein des groupes sont déterminées par le thérapeute avant que ne débute le traitement. Ces règles concernent notamment le respect des autres, la confidentialité des discussions lors des rencontres et la participation obligée de chacun des jeunes. Selon cette même étude, divers thèmes sont abordés au cours du traitement et les jeunes sont appelés à s'exprimer et à se positionner sur les propos tenus par chacun des participants en rencontre. En cas de refus de participation ou de non-respect d'une des règles établies par le thérapeute, le jeune peut se voir exclure du groupe. Pour plusieurs adolescents, l'expérience de groupe apporte des inconforts, mais elle peut aussi les motiver à poursuivre le traitement en raison des rétroactions qu'ils reçoivent des autres lorsqu'ils les perçoivent de manière positive (Laforest et Paradis, 1990).

Il existe aussi plusieurs critères d'exclusion concernant l'intervention de groupe. Ainsi, certains adolescents peuvent être exclus de ces rencontres pour diverses raisons dont : parler une langue étrangère, présenter des besoins particuliers (déficience intellectuelle), avoir des attitudes dérangeantes au sein du groupe (refus de participer ou de rire des propos émis par les autres) ou être de sexe féminin (Lafortune et *al*, 2007). Dans de telles circonstances, le jeune est orienté vers un suivi individuel. L'intervention de groupe reste toutefois perçue comme le moyen le plus efficace pour contrer les résistances au traitement chez les délinquants sexuels et ce, selon plusieurs auteurs (Jacob, Auclair, Quenneville, 1999). C'est pourquoi les adolescents sont orientés en premier lieu vers l'intervention de groupe et, selon qu'ils présentent des problèmes particuliers, ils sont référés vers un suivi individuel.

Selon l'étude de Jacob, McKibben et Proulx (1993), les interventions de groupe peuvent permettre aux délinquants sexuels de se remettre en question quant à leurs distorsions cognitives, telles que le déni et la minimisation, qui servent à justifier leurs actes. Pour parvenir à ces fins, la modalité à vocation introspective est souvent privilégiée lors de l'intervention de groupe (Lafortune et *al.*, 2007). Cette modalité permet au groupe d'exercer une certaine pression sociale sur chaque participant qui prend part au groupe. Au sein de ces rencontres collectives, les

délinquants sexuels juvéniles discutent et présentent le ou les délits qu'ils ont commis. Ainsi, les adolescents s'ouvrent généralement peu à peu aux autres, rapportant parfois des agressions sexuelles dont ils ont eux-mêmes été victimes. Les principaux objectifs de ce type de rencontres visent à favoriser la reconnaissance de la responsabilité du jeune à l'égard du délit qu'il a commis, à sensibiliser l'adolescent aux torts causés à la victime et à conscientiser ce dernier sur ses motivations à passer à l'acte (Lafortune et al., 2007).

Lors des discussions de groupe à vocation introspective, les adolescents sont aussi appelés à parler de leur perception du délit qu'ils ont commis. Dans de telles circonstances, nombreux sont les adolescents qui présentent des distorsions cognitives servant à justifier leur crime. C'est pourquoi les participants sont appelés à se positionner par rapport à ce qui est dit, et ce, dans le but que les croyances erronées de chacun soient remplacées par des pensées appropriées. En effet, cette remise en question facilite la restructuration cognitive. Cette approche vise, par le fait même, à enseigner aux membres du groupe ce qu'est une sexualité saine (Lafortune et al., 2007).

Les distorsions cognitives découlent généralement du fait que les adolescents agresseurs sexuels possèdent des connaissances et des croyances erronées quant à la sexualité. Cette méconnaissance conjuguée à leur faible estime d'eux-mêmes crée souvent un inconfort sur le plan sexuel chez ces adolescents (Jacob, McKibben et Proulx, 1993). Il est donc possible de croire que les délinquants sexuels juvéniles agressent plus fréquemment des enfants en raison que ces derniers ne risquent pas de les juger sur leurs compétences sexuelles. En ce sens, l'approche à vocation éducative permet aux jeunes d'améliorer leurs connaissances en matière de sexualité saine.

Comparativement aux multiples traitements dispensés à la population des agresseurs sexuels adultes, ceux concernant les adolescents sont toujours en voie de développement. En ce sens, il est fort possible que les pratiques mentionnées ci-dessus aient connues certains avancements au cours des dernières années, mais la documentation scientifique à ce sujet demeure rare, notamment en ce qui à trait aux modalités de traitement.

3.5. L'intervention individuelle

L'intervention individuelle est souvent un complément aux interventions de groupe et ne sert pas seulement qu'à accueillir les adolescents qui présentent des besoins particuliers. Dans certains centres spécialisés, soient trois établissements sur neuf, le suivi individuel peut être aussi accordé aux délinquants sexuels qui démontrent le plus de motivation en traitement (Lafortune et *al.*, 2007). Les interventions individuelles sont offertes dans tous les centres spécialisés du Québec. Contrairement au suivi de groupe, le nombre des rencontres individuelles n'est pas déterminé à l'avance. Ces rencontres peuvent s'étaler sur quelques mois, voire parfois même un an.

Les objectifs de la thérapie individuelle sont pratiquement les mêmes que ceux ciblés par l'intervention de groupe (Lafortune et *al.*, 2007). Elle vise à aborder plus en profondeur des thèmes particuliers tels que les expériences de victimisation sexuelle ou physique subies par les adolescents. De plus, la thérapie individuelle permet de travailler plus spécifiquement avec chacun des jeunes afin de comprendre mieux les facteurs qui sont derrière l'acte posé ainsi que de parfaire les connaissances de l'adolescent en matière notamment de sexualité. L'approche introspective et éducative sont ainsi privilégiées en intervention individuelle. La première permet à l'adolescent de reconnaître et comprendre les causes et motivations sous-jacentes à l'agression qu'il a perpétrée alors que la seconde visent à développer une meilleure éducation sexuelle.

3.6. L'intervention familiale

Le caractère distinctif du traitement offert aux adolescents réside essentiellement dans la place prépondérante accordée aux parents. Cette attention particulière portée aux familles des adolescents délinquants sexuels est attribuable à divers constats. D'abord, il apparaît qu'une forte proportion des jeunes qui commettent des agressions sexuelles ont fait l'objet d'expériences sexuelles traumatisantes ou ont été exposés à des modèles sexuels inadéquats au sein de leur propre famille (Tardif et *al.*, 2007). De plus, les adolescents auteurs d'abus sexuels font souvent leur première victime à l'intérieur même de celle-ci (Miranda et Corcoran, 2000). Les familles nécessitent ainsi un soutien pour gérer la crise engendrée par le dévoilement de la victime. Celles-ci ont aussi besoin de recevoir de l'information sur les abus commis par l'un des leurs afin d'en connaître davantage sur la problématique de leur enfant (Parent-Lavoie, Tardif et Hébert,

2004). Dans ces circonstances, les parents gagnent à être informés des faits et des difficultés éprouvées par leur propre enfant afin de mieux réagir et également de prévenir la récurrence.

Dans tous les centres du Québec qui offrent des programmes de traitement pour les adolescents agresseurs sexuels, les parents sont rencontrés une première fois afin de faire connaissance avec l'équipe d'intervention et de se familiariser avec le programme de traitement de leur enfant (Lafortune *et al.*, 2007). De plus, l'entretien avec les parents permet à ces derniers de pouvoir s'exprimer par rapport à la situation et de vérifier l'implication de ceux-ci dans le traitement éventuel de leur enfant. Cependant, le fonctionnement de la première rencontre avec les parents peut différer d'un établissement à l'autre. Il est important aussi de préciser qu'aucun centre n'offre d'intervention familiale réunissant tous les membres de la famille (Lafortune *et al.*, 2007).

Les intervenants estiment utile l'implication des parents aux rencontres, mais la présence de ces derniers n'est pas assurée. Comme en fait mention l'étude de Lafortune et ses collaborateurs (2007), il semble que près de la moitié (4/9) des centres spécialisés du Québec déplorent le manque d'investissement des parents au cours du traitement de leur enfant. Selon cette même étude, certains centres proposent aux parents des suivis visant à les informer, à répondre à leurs inquiétudes et à les conseiller dans leurs agissements auprès de leur enfant agresseur. Les parents dont la victime est un autre membre de la famille sont souvent ébranlés et vivent beaucoup de culpabilité, d'où l'importance de continuer à leur apporter du soutien et ce, malgré le manque d'investissement manifesté par plusieurs d'entre eux.

Bien qu'il n'y ait pas d'intervention familiale à proprement parlé, certains centres offrent des groupes de soutien. Un centre propose même un groupe aux mères qui ont elles-mêmes été victimes d'une agression sexuelle (Lafortune *et al.*, 2007). La durée des rencontres de groupe de soutien est variable d'un établissement à l'autre et les objectifs sont diversifiés. Il semble que d'autres centres aient déjà tenté d'emboîter le pas, mais leur insuccès viendrait du manque de collaboration des parents. Il apparaît aussi que les rencontres de groupe ne sont pas appréciées par bon nombre de familles et ce, pour des raisons de confidentialité (Lafortune *et al.*, 2007).

Les programmes spécialisés dans l'évaluation et le traitement des adolescents agresseurs sexuels ont acquis depuis les dernières années une expertise solide grâce à leurs équipes

multidisciplinaires qualifiées pour répondre aux besoins propres aux jeunes. Malgré leur polyvalence, les intervenants ne peuvent toutefois répondre à l'ensemble des besoins de ces jeunes et de leur famille. C'est sans doute pourquoi ils doivent compter sur la collaboration des parents et de divers partenaires en vue de répondre davantage aux besoins particuliers de ces adolescents.

L'ensemble des neuf centres spécialisés du Québec ont établi un partenariat avec divers collaborateurs extérieurs pour pallier à certaines lacunes. Selon l'étude de Lafortune et ses collaborateurs (2005), chaque établissement présente un partenariat assuré avec les Centres jeunesse. De plus, d'autres partenaires tels que les écoles, les CSSS et les milieux médicaux peuvent s'ajouter à la liste des collaborateurs. Ces partenariats sont le complément des services souvent offerts par les centres spécialisés. Par exemple, certains délinquants sexuels qui présentent une problématique de toxicomanie reçoivent des services du CSSS. Ainsi, les services fournis grâce aux partenaires sont coordonnés sans être redondants avec ceux des centres spécialisés. En ce sens, le fait d'établir un partenariat avec d'autres services complémentaires réduit également les risques de récurrence potentiels. Par exemple, la consommation abusive des drogues ou d'alcool est un facteur qui augmente les risques de récurrence sexuelle et violente chez les adolescents auteurs d'abus sexuels, d'où l'importance d'intervenir également sur cette problématique (Hsu & Starzynsky, 1990).

3.7. Suivi post-traitement

Les centres spécialisés au Québec présentent aussi quelques lacunes, notamment lorsque l'adolescent termine son traitement (Jacob, Auclair et Quenneville, 1999). Seulement deux établissements offrent des suivis post-traitement. Pour l'un des centres, un suivi deux fois par année est offert alors que pour l'autre, le suivi est effectué trois mois après que l'adolescent ait complété son traitement (Lafortune *et al.*, 2007). Mis à part les suivis post-traitement, chacun des établissements réalise une évaluation avant la conclusion du traitement. Il semble y avoir deux façons de reconnaître qu'un jeune ait complété son traitement : soit en ayant participé à un certain nombre de séances en groupe ou individuel, soit en fonction de ses progrès personnelles en suivi (Lafortune *et al.*, 2007).

En somme, les centres spécialisés en délinquance sexuelle juvénile montrent plusieurs points communs. Lafortune et ses collaborateurs (2007) énumèrent quelques ressemblances : ils travaillent avec des équipes composées de plusieurs intervenants, ils ont recours à des objectifs d'intervention semblables, ils offrent des suivis de groupe et individuels et utilisent des modalités similaires. Par ailleurs, ces auteurs ont aussi identifié des différences entre ces centres. Notamment, la durée des interventions varie de 4 à 12 mois selon les établissements. Les services aux parents diffèrent aussi largement d'un centre à l'autre. Du moins, les modalités de services dont les parents d'adolescents agresseurs sexuels peuvent bénéficier sont très variables, allant d'une rencontre à des groupes de soutien. Faut-il aussi s'inquiéter du fait que deux centres seulement offrent un suivi post-traitement? Est-ce que ce service permettrait d'augmenter l'efficacité du traitement en réduisant les risques de récidive s'il devenait pratique courante? Cela nous amène à nous questionner sur l'efficacité même des programmes de traitement offerts aux adolescents délinquants sexuels du Québec.

3.8. L'efficacité des traitements

L'efficacité des traitements est souvent mise en doute par l'opinion publique, lorsqu'un agresseur sexuel récidive, surtout pour le même type de crime. Dans ces circonstances, les instances qui ont permis la mise en liberté de l'agresseur sont lourdement critiquées par la majorité des gens. Il n'en demeure pas moins que vouloir prédire la récidive reste louable. En effet, il est difficile de prévoir avec exactitude la récidive chez les délinquants sexuels. Néanmoins, le fait qu'un agresseur sexuel participe à un programme de traitement et le termine réduit déjà considérablement les probabilités qu'il récidive.

En matière d'efficacité des programmes, une récente méta-analyse montre que le traitement cognitivo-comportemental pourrait réduire d'environ 37 % le risque de récidive sexuelle chez les adolescents dans la mesure où ceux-ci le complètent (Lösel et Schmucker, 2005). D'autres chercheurs abondent dans le même sens. Selon Sioui (2008), de 85% à 90% des adolescents accusés d'agressions sexuelles ne récidivent pas sexuellement suite à leur traitement. Les résultats de Worling et Langström (2005) sont aussi intéressants en ce sens, où ils concernent des adolescents délinquants sexuels traités et non traités. Ainsi, les adolescents traités montraient un taux de récidive sexuelle moindre (5%) de ceux qui non pas été traités, soit 18%. De son côté, la méta-analyse d'Alexander (1999) montre des résultats similaires. À cet effet, les adolescents

traités affichent un taux de rechute inférieur (7,2%) à ceux qui non pas été traités (17,2%) en matière de récidive sexuelle.

À la lumière de ces données, il apparaît que les programmes d'intervention dont bénéficient les adolescents agresseurs sexuels sont nécessaires afin de les aider à mieux gérer leurs difficultés et ainsi diminuer les risques de récidive sexuelle. Toutefois, pour qu'un programme thérapeutique s'avère efficace, il doit tenir compte des caractéristiques propres aux adolescents auteurs d'abus sexuels.

Par conséquent, plusieurs chercheurs ont avancé l'idée de choisir des objectifs thérapeutiques en tenant compte des caractéristiques personnelles de la population que constituent les adolescents agresseurs sexuels (Hunter *et al.*, 2003). En effet, bien que les délinquants sexuels juvéniles partagent certaines caractéristiques, il ne faut pas croire qu'ils présentent toutes les mêmes difficultés. Au contraire, les études montrent que les mineurs auteurs d'abus sexuels présentent des caractéristiques diverses qui permettent de les diviser en plusieurs catégories.

A priori, la population des adolescents agresseurs sexuels se divise en deux grandes catégories. Ainsi, certains n'agressent que des enfants, alors que d'autres agressent principalement des pairs et des femmes. Dans ces deux catégories, certaines caractéristiques diffèrent. À titre d'exemple, les adolescents qui agressent des enfants se distinguent considérablement de ceux qui agressent des femmes ou des pairs du fait qu'ils ont plus souvent fait l'objet d'une victimisation sexuelle étant jeunes, qu'ils sont plus isolés socialement et qu'ils ont fait un plus grand nombre de victimes et de délits à caractère sexuel (Jacob *et al.*, 1993). Conséquemment, ils ont des besoins différents en traitement. Les intervenants responsables de la prise en charge des délinquants sexuels juvéniles doivent ainsi prendre en considération ces divers facteurs s'ils souhaitent que leurs interventions soient efficaces auprès de la clientèle cible.

Dans le but d'accentuer l'efficacité et la spécificité des interventions thérapeutiques destinées aux adolescents agresseurs sexuels, l'objectif de la présente étude est de vérifier quelles caractéristiques personnelles sont liées à la récidive. Plus spécifiquement, il s'agit de déterminer quelles caractéristiques personnelles avant traitement et en cours de traitement sont associées à quels types de récidive, soit sexuelle, violente ou générale. Par conséquent, il est intéressant de se

référer aux études portant sur la récidive chez les adolescents agresseurs sexuels afin d'examiner les prédicteurs déjà relevés dans la documentation scientifique. Ainsi, il sera possible de vérifier si ces prédicteurs sont également valides chez les adolescents québécois auteurs d'agressions sexuelles.

4. Les taux de récidive chez les mineurs responsables d'abus sexuels

Plusieurs études indiquent que les taux de récidive sexuelle sont beaucoup moins élevés chez les mineurs responsables d'abus sexuels que les taux de récidive non-sexuelle (Caldwell, 2007; Gretton *et al.*, 2001; Miner, 2002; Nisbeth *et al.*, 2004; Parks et Bard, 2006; Viens, 2010). De son côté, Carpentier (2009) répertorie dans sa recherche les taux de récidive de plusieurs de ces études et montre que ceux-ci varient de 30 % à 72 % pour la récidive non-sexuelle et de 0 % à 30 % en ce qui a trait à la récidive sexuelle. D'autres études indiquent également que les taux de récidive sexuelle sont plus élevés lorsque les adolescents agresseurs sexuels n'ont pas recours à un programme de traitement ou l'abandonnent (Edwards *et al.*, 2005; Rightland et Welch, 2001). Toutefois, l'étude de Lagueux et Tourigny (1999) indique que les taux de récidive sexuelle augmentent lorsque la période de suivi se prolonge suite au traitement. Les taux de récidive non-sexuelle ont également tendance à s'accroître avec le prolongement de la période de suivi. Néanmoins, dans la plupart de ces études, il apparaît que bon nombre d'adolescents agresseurs sexuels poursuivront une carrière criminelle générale sans cependant persister dans la délinquance sexuelle (Carpentier, 2009; Vandiver, 2006). Ainsi, il est intéressant de s'interroger sur les facteurs qui permettent de prédire la récidive sexuelle et non sexuelle afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des délinquants sexuels juvéniles lorsque ces derniers entament une démarche thérapeutique.

4.1. Considérations méthodologiques

En matière d'évaluation de la récidive, les données proviennent généralement de sources officielles telles que les dossiers criminels de la police. Toutefois, certains auteurs affirment que ces statistiques ne rendent pas compte de l'ampleur réelle des agressions sexuelles perpétrées par les adolescents. Plusieurs études, dont celle de Tourigny et Dufour (2000), démontrent que les crimes à caractère sexuel sont les moins rapportés aux autorités légales. En raison de leur accessibilité, les sources d'information officielles sont tout de même les plus utilisées aux fins de

la recherche scientifique pour évaluer la récidive. Pour leur part, les données non officielles proviennent généralement d'informations auto-révélatées par l'adolescent, ses parents, des professionnels qui côtoient le jeune, etc. Elles peuvent ainsi être biaisées aux fins de la recherche scientifique ou non disponibles pour cause de confidentialité (Proulx et Lussier, 2001). De plus, il faut prendre en considération que les études portant sur la récidive rapportent des données qui varient énormément d'une étude à l'autre. Ces différences sont souvent liées au choix de l'échantillon, à la définition accordée à la récidive et à la durée de surveillance de la période de suivi.

4.2. Les prédicteurs de la récidive

Dans une récente étude, Carpentier(2009) s'est intéressée aux prédicteurs associés à la récidive auprès d'un échantillon québécois d'adolescents agresseurs sexuels. Dans sa recherche, cette auteure s'est appuyée sur 15 études empiriques publiées entre 1986 et 2006 (Gretton et al., 2001, Kahn et Chamber, 1991; Kenny, Keogh, & Seider, 2001; Langström, 2002, Langström et Grann, 2000; Miner, 2002; Nisbet et al., 2004; Parks & Bard, 2006; Rasmussen, 1999; Schram, Milloy & Rowe, 1991; Smith & Monastersky, 1986; Vandiver, 2006; Waite & al., 2005; Worling, 2001; Worling & Curwen, 2000). À partir de cette recension, Carpentier (2009) a dressé une synthèse des facteurs de risque pouvant être associés à la récidive sexuelle, violente et générale. Ainsi, il s'avère intéressant de présenter les prédicteurs identifiés jusqu'à maintenant dans ces études de même que les résultats de recherche de Carpentier (2009).

4.3. Les prédicteurs de la récidive sexuelle

De façon générale, les facteurs associés à la récidive sexuelle chez les adolescents agresseurs sexuels sont nombreux. Plusieurs études reconnaissent que les délinquants sexuels juvéniles qui présentent des antécédents judiciaires sexuels et non sexuels sont plus à risque de récidiver sexuellement (Langström et Grann, 2000, Nisbet et al, 2004). De plus, les adolescents auteurs d'abus sexuels sont plus susceptibles de récidiver de manière sexuelle lorsqu'ils présentent des intérêts sexuels déviants (Kenny et al., 2001, Schram et al, 1991, Worling et Curwen, 2000). Selon Kenny et ses collaborateurs (2001), la victimisation sexuelle (abus sexuel ou exposition à des modèles sexuels inadéquats) est également associée à la récidive sexuelle chez les adolescents agresseurs sexuels. De son côté, Carpentier (2009) conclue elle aussi que la

victimisation sexuelle est un facteur qui augmente les risques de récidive sexuelle chez les adolescents agresseurs sexuels. Par ailleurs, selon Langström et Grann (2000), les mineurs responsables d'abus sexuels qui présentent des déficits relationnels et qui vivent de l'isolement social sont plus à risque de récidiver sexuellement. Au plan social, Carpentier (2009) établit dans son étude que la fréquentation d'enfants plus jeunes est aussi un prédicteur de la récidive sexuelle. Au plan scolaire, certains auteurs ont relevé des difficultés d'apprentissage et un taux d'absentéisme élevé chez les adolescents qui récidivent sexuellement (Schram et al., 1991). Le fait aussi de responsabiliser la victime de l'agression qu'elle a subie et de présenter des distorsions cognitives qui justifient le délit sexuel augmentent les probabilités de récidive sexuelle chez les adolescents agresseurs sexuels (Kahn et Chamber, 1991; Kenny et al., 2001; Schram et al., 1991). Enfin, une étude en particulier conclue que l'abandon paternel semble avoir un impact sur les risques de récidive sexuelle (Worling et Curwen, 2000). Ce facteur est aussi identifié par Carpentier (2009) dans son étude en lien avec l'augmentation des probabilités de récidive sexuelle chez les adolescents auteurs d'abus sexuels.

En regard aux caractéristiques liées à la victime, il apparaît aussi que les risques de récidive sexuelle augmentent lorsque celle-ci est inconnue de son agresseur (Langström, 2002, Carpentier, 2009). Toutefois, les avis diffèrent lorsqu'il est question de l'impact du sexe de la victime sur la prédiction de la récidive sexuelle. À ce sujet, Aylwin et ses collaborateurs (2000) affirment que les délinquants sexuels juvéniles sont plus susceptibles de récidiver sexuellement si la victime est de sexe masculin. D'autres études rapportent que les adolescents agresseurs sexuels courent davantage de risque de récidiver s'ils ont abusé sexuellement de victimes de sexe féminin (Gagnon et al, 2006; Rasmussen, 1999; Ryan, 1997). Malgré cette divergence d'opinions, un constat général émane de ces différentes études : les probabilités de récidive sexuelle augmentent en fonction du nombre élevé de victimes (Langström & Grann, 2000).

4.4. Les prédicteurs de la récidive violente

Bon nombre d'études recensées par Carpentier (2009) de même que sa propre recherche ont étudié la récidive violente dont la définition inclut les infractions de nature sexuelle. Ainsi, les traits de personnalité antisociale et l'impulsivité sont des facteurs susceptibles d'augmenter les risques de récidive violente chez les adolescents agresseurs sexuels (Gretton, McBride, Hare, O'Shaughnessy et Kumba, 2001; Parks et Bard, 2006; Worling, 2001). Le fait de présenter des

antécédents criminels violents est aussi un facteur qui augmente les probabilités chez les adolescents agresseurs sexuels de commettre à nouveau une infraction violente (Carpentier, 2009; Langström, 2002) La victimisation sexuelle augmenterait aussi les risques que les délinquants sexuels juvéniles récidivent de manière violente (Carpentier, 2009). Carpentier a aussi démontré que l'agression d'une victime inconnue de même que le recours à la force sont de bons prédicteurs de la récidive violente.

Par ailleurs, la présence d'un trouble des conduites ainsi que des manifestations agressives chez les adolescents agresseurs sexuels sont des prédicteurs associés à la récidive violente mais non sexuelle (Langström, 2002; Worling et Curwen, 2000). Pour certains auteurs, la victimisation sexuelle augmente davantage les risques de récidive violente mais non sexuelle tout comme le fait de présenter une faible estime de soi (Worling et Curwen, 2000). L'utilisation de menace de mort ou d'une arme causant des blessures physiques à la victime est aussi un bon prédicteur de la récidive violente non-sexuelle (Langström, 2002). Au niveau relationnel, certains auteurs affirment que les adolescents agresseurs sexuels seraient aussi plus susceptibles de récidiver de manière violente mais non sexuelle lorsqu'ils sont plus isolés socialement (Worling, 2001, Worling et Curwen, 2000). Enfin, Parks & Bard (2006) montrent que les indices d'impulsivité et d'antisocialité sont aussi de bons prédicteurs de la récidive violente non-sexuelle.

La consommation abusive de substances telles que l'alcool et la drogue serait aussi un prédicteur qui contribue à l'augmentation des risques de récidive violente (sexuelle et non sexuelle) chez les adolescents agresseurs sexuels (Madrigano *et al.*, 1997; Tourigny et Dufour, 2000). En effet, les délinquants sexuels juvéniles qui consomment de telles substances ont davantage tendance à porter atteinte à l'intégrité physique de leur victime au moment du délit. Il faut cependant préciser que les adolescents qui consomment de la drogue ou de l'alcool agressent aussi plus souvent des femmes ou des pairs plutôt que des enfants (Jacob, McKibben et Proulx, 1993).

4.5. Les prédicteurs de la récidive générale

En raison de la définition de la récidive générale, qui inclut toutes infractions quelles soient de nature sexuelle et/ou violente, plusieurs prédicteurs énumérés plus tôt sont aussi reconnus comme étant de bons prédicteurs de cette forme de récidive. Ainsi, les traits de

personnalité antisociale et l'impulsivité (Miner, 2002; Waite & al., 2005), l'utilisation de menaces ou d'arme lors du délit (Langström & Grann, 2000), la victimisation sexuelle (Kahn et Chamber, 1991), la présence des troubles de la conduite (Langström, 2002) ainsi que la fréquentation de pairs plus jeunes (Miner, 2002) sont tous des facteurs associés à l'augmentation des probabilités de récidive générale chez les adolescents agresseurs sexuels. L'étude de Kahn et Chamber (1991) rapporte aussi que la non-judiciarisation du crime sexuel augmente les risques de récidive générale. Au plan scolaire, les adolescents délinquants sexuels sont plus susceptibles de récidiver de façon générale lorsqu'ils présentent des problèmes de comportements et s'absentent fréquemment de l'école (Kahn & Chamber, 1991). Enfin, la fin prématurée du traitement augmenterait aussi les risques de récidive générale (Miner, 2002).

En ce qui concerne les caractéristiques des victimes, l'étude de Vandiver (2006) montre qu'un âge plus avancé chez la victime ou le fait que cette dernière soit de sexe masculin est aussi associé à un plus grand risque de récidive générale.

De son côté Carpentier (2009) identifie trois autres prédicteurs associés à la récidive générale, soit le retard scolaire, la fréquentation de pairs délinquants et le trouble déficitaire de l'attention. Dans la même optique, Ayers et ses collaborateurs (1999) considèrent aussi que certaines difficultés scolaires accroissent les probabilités de récidive générale chez les adolescents agresseurs sexuels. De plus, il n'est pas rare de voir apparaître des troubles de comportement lorsqu'un jeune présente des difficultés scolaires. Par conséquent, l'association avec des pairs délinquants témoigne, bien souvent, du lien d'attachement qui s'effrite entre l'adolescent et son milieu scolaire. D'autre part, les adolescents qui présentent un trouble déficitaire de l'attention montrent souvent beaucoup d'impulsivité ou encore manque d'autocontrôle ce qui nuit également à leur sociabilité et favorise l'augmentation des risques de récidive générale (Miner, 2002, Waite et al., 2005, Worling, 2001).

5. Problématique

Jusqu'à présent, les études portant sur les adolescents agresseurs sexuels sont moins nombreuses que celles qui ont été consacrées à la population adulte. Néanmoins, ces recherches ont permis de mieux connaître la population des adolescents délinquants sexuels à partir de leurs caractéristiques personnelles et familiales. Cependant, il y a peu de travaux qui ont eu pour objet d'étude ces caractéristiques en lien avec la récidive chez les mineurs responsables d'abus sexuels. Plus rares encore sont les études qui ont examiné les liens entre les caractéristiques des adolescents agresseurs sexuels en traitement et le type de récidive commis à la suite de leur démarche thérapeutique. Afin d'agrandir le champ d'exploration de la récidive criminelle des adolescents agresseurs sexuels, l'objectif de cette étude est de vérifier auprès d'un échantillon québécois quelles sont les caractéristiques personnelles et familiales avant le traitement et les caractéristiques thérapeutiques en cours de traitement liées aux différentes formes de récidive (sexuelle, violente et générale). Cette étude est donc en partie exploratoire (caractéristiques personnelles, familiales et associées au traitement) et en partie une vérification auprès d'un échantillon québécois de la validité de certains résultats obtenus auprès d'autres échantillons (prédicteurs de la récidive). Toutefois, il faut mentionner que puisque nous avons utilisé une banque de données déjà constituée (Proulx et al, soumis), nous n'avons pas pu vérifier la validité prédictive (récidive) de toutes les variables que nous avons décrites dans la partie introductive.

6. Méthodologie

Les adolescents qui ont pris part à cette étude proviennent de huit centres qui offrent des programmes de traitement pour les adolescents agresseurs sexuels. Ces centres spécialisés représentent la quasi-totalité des services offerts aux délinquants sexuels juvéniles sur tout le territoire de la province de Québec (huit sur une possibilité de neuf). Ces organismes sont les suivants : Institut Philippe Pinel de Montréal, Centre de psychiatrie légale de Montréal, Centre d'intervention en délinquance sexuelle (Laval), Parents-Unis Repentigny (Lanaudière), Parents-Unis (Laurentides), Clinique des troubles sexuels pour mineurs du Centre de pédopsychiatrie du CHUQ (Québec), Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (Hull) et Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Trois-Rivières).

6.1. Les Sujets

La présente étude repose sur un échantillon ayant servi aux fins de la recherche portant sur les prédicteurs associés à la fin prématurée du traitement chez les adolescents agresseurs sexuels (Proulx, Tourigny et Lafortune, soumis). Cet échantillon est composé de 140 adolescents agresseurs sexuels ayant participé à un programme de traitement entre le mois de juin 2002 et le mois de mars 2005 dans l'un des huit organismes présentés ci-haut. L'ensemble des sujets ont participé à un traitement sur une base ambulatoire. La majorité des adolescents ont complété leur traitement, soit 100, 13 participants l'on abandonné, 18 ont été exclus du traitement et 7 ont arrêté d'eux-mêmes. Plus précisément, les adolescents qui ont fait l'objet de cette étude sont exclusivement des individus de sexe masculin âgés de 12 à 18 ans. L'âge moyen des participants au moment de l'évaluation était de 15 ans. Dans tout l'échantillon, un seul adolescent a commis une agression sexuelle à l'endroit d'une adolescente. Aucun participant n'a agressé un adulte. Dans l'ensemble 55 adolescents ont agressé une seule victime, les autres ont agressé deux victimes ou plus. La quasi-totalité des participants ont agressé sexuellement des enfants qui avaient 3 ans de moins qu'eux. L'âge moyen des victimes au moment du délit était de 9 ans. La majorité d'entre elles étaient de sexe féminin, soit dans une proportion de 69 % contre 31 % pour les victimes de sexe masculin. De plus, 71,7 % des adolescents ont commis leur agression sexuelle envers un membre de leur famille (frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, cousin, cousine, etc.), alors que 28,3 % d'entre eux ont commis ce même type de délit envers une victime extrafamiliale. En somme, les taux d'agression sexuelle sont répartis comme suit : 47,6 % des

adolescents ont agressé sexuellement une victime intrafamiliale de sexe féminin, 24,1 % ont fait une victime intrafamiliale de sexe masculin, 21,4 % ont commis un abus sexuel sur une victime extrafamiliale de sexe féminin et 6,9 % ont agressé sexuellement une victime extrafamiliale de sexe masculin.

6.2. Les Instruments de mesure

Évaluation prétraitement

Les instruments psychométriques suivants ont servi à recueillir les données concernant les caractéristiques personnelles des participants à l'étude avant le début de leur traitement. Pour chacun de ces questionnaires nous avons un score global ainsi que des scores à des sous-échelles. Toutes ces échelles et sous-échelles sont continues.

Le questionnaire sur la sexualité pour adolescents (Lief, Fullard et Devlin, 1990) – les 5 sous-échelles sur les attitudes conservatrices;

Le questionnaire sur les rendez-vous romantiques (Kirby, 1990);

L'échelle d'évaluation des habiletés sociales pour adolescents (Matson, 1994) – 5 sous-échelles (habiletés sociales appropriées, affirmation de soi appropriée, impulsivité, confiance en soi excessive et jalousie);

L'échelle d'attribution de la responsabilité dans un crime (Gudjonsson et Singh, 1989, traduit par Jean Proulx et Yves Paradis) -3 sous-échelles (responsabilité interne, responsabilité externe, culpabilité);

L'inventaire des stratégies d'adaptation en situation de stress (Endler et Parker, 1990, adapté par Lagueux *et al.*, 1999, selon les travaux de Hasting *et al.*, 1997) – 4 sous-échelles (stratégies orientées vers la tâche, stratégies orientées vers les émotions, stratégies orientées vers l'évitement et stratégies orientés sur la distraction);

L'échelle d'estime de soi pour adolescents (Harter, 1988) – 7 sous-échelles (compétence scolaire, acceptation sociale, compétence athlétique, apparence physique, attirance romantique, conduite comportementale et amitié);

L'inventaire de personnalité de Jesness (Jesness, 1973) – 10 sous-échelles (mésadaptation sociale, orientation des valeurs, immaturité, autisme, aliénation, agressivité manifeste, retrait, anxiété sociale, refoulement et déni);

Le questionnaire de perception sur l'attachement (Bartholomew et Hiriwitz, 1991, traduit par Yvan Lussier, 1992) – 4 sous-échelles (sécure, ambivalent, détaché et anxieux);

L'échelle d'attitude face au père (Guili et Hudson, 1977);

L'échelle d'attitude face à la mère (Guili et Hudson, 1977);

L'échelle des symptômes traumatiques (préoccupations sexuelles, anxiété, dissociation, colère, tendance à nier les symptômes, tendance à démontrer plus de symptômes) (Brière, 1996);

L'échelle de distorsions cognitives pour adolescents (Becker et Kaplan, 1988).

Évaluation en cours de traitement

Les instruments qui suivent ont permis de rassembler les informations qui concernent le processus thérapeutique. Il s'agit notamment des données sur la motivation du délinquant ainsi que sur son alliance thérapeutique avec son thérapeute ou l'équipe d'intervention. Les données ont été recueillies en cours de traitement. Toutes ces échelles et sous-échelles sont continues.

Le questionnaire sur les stades de motivation lors d'un traitement (URICA) (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992) – 4 sous-échelles (précontemplation, contemplation, action et maintien);

L'échelle d'alliance thérapeutique en Californie (CALPAS) (Marmar et Gaston 1988) – 4 sous-échelles (capacité de travail en traitement, engagement, consensus sur les objectifs en traitement et perception du thérapeute).

En ce qui a trait aux facteurs environnementaux tels que le soutien social et le stress en milieu familial, les instruments suivants ont permis de recueillir ce type de renseignements en cours de traitement. Ces échelles et sous-échelles sont continues.

L'échelle d'environnement familial (Moos, Insel et Humphrey, 1974) – 3 sous-échelles (expression, cohésion et conflit);

Le questionnaire du climat de groupe (Moos, Insel et Humphrey, 1974) – 9 sous-échelles (engagement, soutien, expression, autonomie, orientation, pratique, orientation quant aux problèmes personnels, ordre et organisation ainsi que clarté et contrôle).

6.3. La procédure

La collecte des données a été réalisée en plusieurs étapes. Tout d'abord, la première étape a concerné les caractéristiques personnelles des sujets qui ont été recueillies à l'aide

d'instruments psychométriques au début du traitement. D'autres données telles que l'alliance thérapeutique, la motivation en traitement ainsi que les facteurs environnementaux ont été recueillies au cours du processus thérapeutique, soit 2 mois suivant le début du traitement. En tout, 340 variables ont servi à documenter les sphères personnelles, sociales, familiales et thérapeutiques des participants à l'étude. Avant même la passation de ces instruments, il importe de préciser que tous les sujets ont signé un formulaire de consentement indiquant les renseignements qui serviraient à cette recherche. Précisons également que les rencontres auprès des adolescents agresseurs sexuels ont été réalisées en groupe et parfois en individuel. Toutefois, ceux-ci ont répondu aux questionnaires individuellement. La lecture des questionnaires a été effectuée auprès des adolescents ayant des difficultés à lire.

L'évaluation de la récidive a été effectuée à partir de sources officielles d'information provenant de la Chambre de la jeunesse et du Système d'empreintes digitales de la Gendarmerie Royale du Canada (GRC). La période moyenne de suivi s'est effectuée sur cinq ans. En fait, le début de la période de suivi est différent pour l'ensemble des sujets mais elle a pris fin le 21 août 2008 pour tous. En ce qui concerne les délinquants sexuels juvéniles ayant récidivé, quelques renseignements ont été recueillis. Ceux-ci ont trait à la nature de la condamnation (délit sexuel, violent ou général), le nombre d'infractions et les caractéristiques des victimes (âge de la victime, sexe de la victime et victime intrafamiliale ou extrafamiliale). Dans le cadre de cette étude, il importe de définir les trois types de récidive qui ont été retenus : 1) la **récidive sexuelle** est définie comme une nouvelle condamnation pour le même type d'agression sexuelle ou pour un autre délit de nature sexuelle avec ou sans contact; 2) la **récidive violente** est définie comme étant une nouvelle condamnation pour un délit de nature violente excluant les délits sexuels; 3) la **récidive générale** est définie comme une nouvelle condamnation pour un ou des délits incluant des délits violents ou non et de nature sexuelle ou non.

6.4. Les analyses

Dans un premier temps, des analyses bivariées ont été effectuées pour chacun des types de récidive à l'étude afin de déterminer les variables potentiellement intéressantes. Ces variables concernent les sujets eux-mêmes (les caractéristiques personnelles), le traitement (les caractéristiques liées processus thérapeutique), les facteurs environnementaux (milieu familial et

climat de groupe en thérapie) et les délits (le nombre de victimes, le nombre d'infractions, le type de délits, etc.) qui ont été mis en lien avec les récidives.

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une série de régression de Cox dans lesquels les variables contrôles (âge de la victime, sexe de la victime, victime intrafamiliale ou extrafamiliale) ont été introduites dans le premier bloc. Par la suite, nous avons introduit dans le deuxième bloc chacune des variables indépendantes pré-traitement et en cours de traitement et ce, de manière séparée.

Dans un troisième temps, nous avons construit des modèles de prédiction de la récidive (violente et générale) pour les variables pré-traitement ainsi que des modèles de prédiction de la récidive (violente et générale) pour les variables en cours de traitement. Il est important de mentionner que la récidive sexuelle a été exclue de nos analyses en raison du faible nombre de sujets et des problèmes de multicollinéarité liés à ce faible échantillon.

Dans un quatrième temps, nous avons construit des modèles de prédiction de la récidive violente et générale qui reposent sur des variables contrôles (âge de la victime, sexe de la victime et victime intrafamiliale ou extrafamiliale) au bloc 1, des variables pré-traitement au bloc 2 et des variables en cours de traitement au bloc 3. De nouveau nous avons utilisé des régressions de Cox. Lors de l'ajout des deux blocs de variables, soient celles avec les variables indépendantes, nous avons eu recours à la stratégie du pas à pas (*step-wise*) qui utilise l'algorithme du maximum de vraisemblance (Likelihood ratio) afin de sélectionner les prédicteurs associés à chaque type de récidive.

Aux fins de cette étude, nous avons eu recours à la régression de Cox. Cette analyse de survie permet d'estimer la force du lien entre les prédicteurs prétraitement et en cours de traitement avec la récidive violente et générale. Ce type d'analyse présente également un risque relatif de hasard (ψ) qui permet de prédire que l'événement survienne (la récidive) ou pas en regard de chacune des variables et ainsi de déterminer celles qui sont significativement associées à chaque type de récidive. La régression de Cox tient aussi compte des sujets qui n'ont pas récidivé, en plus de considérer le temps écoulé entre le début de la période de suivi et la récidive pour les sujets qui ont perpétré un nouveau délit, ou la date de la fin de la période de suivi pour ceux qui n'ont pas récidivé. Pour notre étude, les intervalles de temps ont été calculés en mois.

7. Les résultats

Tableau 1
Taux de récidive
(n = 140)

Type de récidive	N	%
Récidive sexuelle	5	3 %
Récidive violente	15	11 %
Récidive générale	32	23 %

Le tableau ci-dessus présente le nombre de sujets qui ont récidivé pour chacun des trois types de récidives ainsi que les taux de récidive. Au total, seulement 3% (n=5) ont récidivé sexuellement, alors que 11% (n=15) ont récidivé de manière violente et que 23% (n=32) ont récidivé de façon générale au cours de la période de suivi. À la lumière de ces premiers résultats, il apparaît que les adolescents agresseurs sexuels ont tendance à poursuivre une carrière criminelle générale plutôt que de persister dans la délinquance sexuelle.

Dans les prochains tableaux (2 à 5), les résultats des analyses de Régression de Cox sont présentés pour les facteurs retenus, une fois un contrôle statistique effectué pour les variables contrôles. Les tableaux 2 à 5 présentent les résultats pour la récidive violente et générale. Nous rappelons une fois de plus que la récidive sexuelle ne figure pas dans les résultats présentés ci-dessous en raison du faible nombre de récidivistes pour effectuer des analyses multivariées.

Tableau 2

Les prédicteurs prétraitement associés à la récidive violente

Les prédicteurs prétraitement	B	Erreur Type	Wald	EXP (B) (ψ)	Signif.	Intervalle de confiance 95 % pour le odds-ratio	
						Inférieure	Supérieure
Variables contrôles							
Âge de la victime	-0,028	0,060	0,21	0,97	0,643	0,86	1,09
Sexe de la victime	-0,526	0,850	0,38	0,59	0,536	0,11	3,12
Victime intrafamiliale	-0,904	0,826	1,19	0,41	0,274	0,08	2,05
Victime extrafamiliale	0,062	0,907	0,01	0,95	0,946	0,18	6,29
Stratégie d'adaptation							
Réponse émotionnelle*	0,214	0,099	4,64	1,24	0,031	1,02	1,50

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Le tableau 2 présente le modèle des facteurs prétraitement associés à la récidive violente ((X^2 (1)=4,61 $p=0,032$). Nous présentons ici le X^2 du modèle final, une fois les variables non-significatives retirées. La réponse émotionnelle, comme stratégie d'adaptation en situation de stress ($\psi = 1,24$, $p < 0,05$) est le seul facteur prétraitement associé à la récidive violente. Ainsi, l'augmentation du score pour la mesure de réponse émotionnelle comme stratégie d'adaptation en situation de stress est associée à une augmentation de la probabilité que les adolescents récidivent de manière violente.

Tableau 3
Les prédicteurs prétraitement associés à la récurrence générale

Les prédicteurs prétraitement	B	Erreur Type	Wald	EXP (B) (ψ)	Signif.	Intervalle de confiance 95 % pour le odds ration	
						Inférieure	Supérieure
Variables contrôles							
Âge de la victime	-0,047	0,097	0,24	0,95	0,627	0,79	1,15
Sexe de la victime	-0,622	0,598	1,08	0,54	0,298	0,17	1,73
Victime intrafamiliale	0,460	1,199	0,15	1,58	0,701	0,15	16,62
Victime extrafamiliale	-0,546	0,701	0,61	0,58	0,436	0,15	2,29
Symptômes traumatiques							
Tendance à démontrer plus de symptômes liés à un traumatisme**	0,681	0,257	6,99	1,97	0,008	1,19	3,27
Dissociation**	-1,151	0,058	6,88	0,86	0,009	0,77	0,96
Estime de soi							
Compétence athlétique**	1,874	0,664	7,96	6,52	0,005	1,77	23,96

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Le tableau 3 présente le modèle des facteurs prétraitement associé à la récurrence générale (($X^2(3)=19,93$ $p=0,000$). La tendance à démontrer plus de symptômes traumatiques que la norme ($\psi = 1,97$, $p < 0,01$), la dissociation ($\psi = 0,86$, $p < 0,01$) et la compétence athlétique ($\psi = 6,52$, $p < 0,01$) sont les trois facteurs prétraitement associés à la récurrence générale. L'augmentation du score pour la mesure de la tendance à démontrer plus de symptômes liés à un traumatisme et celui de la mesure de l'estime de soi au sujet de la compétence athlétique sont associés à une augmentation de la probabilité que les adolescents récidivent de manière générale. Par ailleurs, l'augmentation du score pour la mesure de dissociation causée par un événement traumatique est associée à une diminution des risques de récurrence générale.

Tableau 4
Les prédicteurs en cours de traitement associés à la récidive violente

Les prédicteurs en cours de traitement	B	Erreur Type	Wald	EXP (B) (ψ)	Signif.	Intervalle de confiance 95 % pour le odds-ratio	
						Inférieur	Supérieur
Variables contrôles							
Âge de la victime	-0,150	0,221	0,46	1,16	0,497	0,75	1,79
Sexe de la victime	-2,017	1,134	3,16	0,13	0,075	0,01	1,23
Victime intrafamiliale	-0,854	1,205	0,50	0,43	0,479	0,04	4,52
Victime extrafamiliale	0,794	1,26	0,39	0,45	0,531	0,04	5,41
Stade de motivation							
Contemplation*	-0,220	0,100	4,84	0,80	0,028	0,66	0,97
Alliance thérapeutique							
Consensus sur les objectifs en traitement*	-0,453	0,220	4,22	0,63	0,040	0,41	0,98

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Le tableau 4 présente le modèle des facteurs en cours de traitement associé à la récidive violente ($(X^2(2)=8,66 p=0,013)$). La contemplation ($\psi = 0,80, p < 0,05$) et le consensus sur les objectifs en traitement ($\psi = 0,63, p < 0,05$) sont les deux facteurs associés à la récidive violente. L'augmentation du score pour le stade de la contemplation et de celui pour le consensus sur les objectifs en traitement contribue à réduire les probabilités que les adolescents récidivent de manière violente.

Tableau 5

Les prédicteurs en cours de traitement associés à la récidive générale

Les prédicteurs en cours de traitement	B	Erreur Type	Wald	EXP (B) (ψ)	Signif.	Intervalle de confiance 95 % pour le odds-ratio	
						Inférieure	Supérieure
Variables contrôles							
Âge de la victime	-0,004	0,032	0,02	0,99	0,891	0,93	1,06
Sexe de la victime	-1,015	0,665	2,33	0,36	0,127	0,09	1,33
Victime intrafamiliale	0,877	1,276	0,47	2,40	0,492	0,19	29,29
Victime extrafamiliale	-0,378	0,729	0,27	0,60	0,604	0,16	2,86
Stade de motivation							
Contemplation***	-0,219	0,056	15,62	0,80	0,000	0,70	0,89

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Le tableau 5 présente le modèle des facteurs en cours de traitement associé à la récidive générale ($X^2(1) = 5,27$ $p = 0,022$). La contemplation ($\psi = 0,80$, $p < 0,001$) est le seul facteur en cours de traitement associé à la récidive générale. L'augmentation du score pour le stade de la contemplation contribue à réduire les probabilités que les adolescents récidivent de manière générale.

Les tableaux 6 et 7 présentent les résultats des analyses de Régression de COX suite aux facteurs retenus des premières analyses des tableaux 2 à 5 et une fois un contrôle statistique effectué pour les variables contrôles.

Tableau 6

Prédicteurs associés significativement à la récidive violente

Les prédateurs prétraitement	B	Erreur Type	Wald	EXP (B) (ψ)	Signif.	Intervalle de confiance 95 % pour le odds-ratio	
						Inférieure	Supérieure
Bloc 1 (variables contrôles)							
Âge de la victime	- 0,216	0,209	1,07	1,24	0,302	0,82	1,87
Sexe de la victime	-1,600	1,067	2,25	0,20	0,134	0,02	1,63
Victime intrafamiliale	-1,201	1,663	0,52	3,32	0,470	0,13	6,40
Victime extrafamiliale	0,860	1,203	0,51	0,47	0,475	0,04	4,47
Bloc 2 (variables pré-traitement) Stratégies d'adaptation							
Réponse émotionnelle*	0,269	0,146	3,39	1,31	0,045	1,08	1,74
Bloc 3 (variables en cours de traitement)							
Stade de motivation Contemplation*	-0,227	0,111	4,21	0,78	0,040	0,64	0,99
(variables en cours de traitement)							
Stade de motivation Contemplation*	-0,227	0,111	4,21	0,78	0,040	0,64	0,99
Alliance thérapeutique							
Consensus sur les objectifs de traitement	-0,217	0,137	2,52	0,80	0,112	0,62	1,05

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Le tableau 6 présente les trois prédictors associés significativement à la récurrence violente ($(X^2(3) = 11,79, p = 0,008)$). De ce nombre, un seul contribue à l'augmentation du risque de ce type de récurrence. Ainsi, les adolescents qui répondent émotionnellement en situation de stress ($\psi = 1,31, p < 0,05$) sont plus susceptibles de récidiver de manière violente. Par ailleurs, un seul prédictor est associé à une diminution de la récurrence violente. Ainsi, les adolescents qui montrent un score élevé au stade motivationnel de la contemplation ($\psi = 0,78, p < 0,05$) sont moins susceptibles de récidiver de manière violente.

Tableau 7
Prédicteurs associés significativement à la récidive générale

Les prédicteurs	B	Erreur Type	Wald	EXP (B) (ψ)	Signif.	Intervalle de confiance 95 % pour le odds-ratio	
						Inférieure	Supérieure
Bloc 1 (variables contrôles)							
Âge de la victime	-0,016	0,045	0,12	0,98	0,727	0,91	1,08
Sexe de la victime	-1,542	0,756	4,15	0,21	0,042	0,05	0,94
Victime intrafamiliale	0,467	1,423	0,11	1,59	0,743	0,09	25,93
Victime extrafamiliale	-1,050	0,947	1,23	0,35	0,267	0,05	2,24
Bloc 2 (variables pré-traitement)							
Symptômes traumatique							
Tendance à démontrer plus de symptômes liés à un traumatisme	0,404	0,269	2,25	1,49	0,133	0,88	2,54
Dissociation*	-0,207	0,086	5,79	0,81	0,016	0,69	0,96
Estime de soi							
Compétences athlétiques*	1,727	0,722	5,72	5,63	0,017	1,36	23,17
Bloc 3 (variables en cours de traitement)							
Stade de motivation							
Contemplation***	-0,226	0,070	10,37	0,79	0,001	0,69	0,91

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Le tableau 7 présente les trois prédicteurs associés significativement à la récidive générale (($X^2(4) = 20,18$ $p = 0,001$). De ce nombre, un seul contribue à l'augmentation du risque de ce type de récidive. Ainsi, les adolescents qui perçoivent avoir de bonnes compétences dans les sports ($\psi = 5,63$ $p < 0,01$) sont plus susceptibles de récidiver de manière générale. Par ailleurs, deux autres prédicteurs sont associés à une diminution de la récidive violente. En ce sens, les adolescents qui ont eu recours à la dissociation suite à un traumatisme ($\psi = 5,79$ $p < 0,05$) et qui montrent un score

élevé au stade motivationnel de la contemplation ($\psi=0,79, p < 0,001$) sont moins susceptibles de récidiver de manière générale.

8. Interprétation

En ce qui a trait à l'ensemble des prédicteurs prétraitement analysés, les résultats de cette présente recherche indiquent qu'un certain nombre d'entre eux sont associés significativement à la continuité de la délinquance chez les adolescents responsables d'abus sexuels. Toutefois, ces prédicteurs varient en fonction du type de récidive, soit violente non-sexuelle ou générale (incluant la récidive sexuelle et violente mais non-sexuelle).

8.1. Les prédicteurs prétraitement associés à la récidive violente

Parmi l'ensemble des variables analysées dans notre étude, un seul prédicteur est associé significativement à la récidive violente, soit la réponse émotionnelle comme stratégie d'adaptation face au stress. Ainsi, il apparaît que les adolescents qui sont susceptibles de récidiver violemment se laissent plus facilement envahir par des émotions négatives lorsqu'ils font face à des situations de stress. L'étude de Pagé, Tourigny et Renaud (2010) est aussi parvenue à un constat similaire. En effet, ces auteurs affirment que les délinquants sexuels juvéniles ont recours moins souvent à la sexualité et davantage aux émotions négatives comme stratégie d'adaptation pour faire face aux situations de stress. De plus, le fait que les adolescents agresseurs sexuels éprouvent des émotions négatives lorsqu'ils ont à faire face à des situations inconfortables montre que leur registre émotionnel est restreint et se limite bien souvent à l'expression de la colère, de la frustration et de l'agressivité (Jacob et al., 1993). Nos résultats contredisent cependant ceux de l'étude de Laforest et Paradis (1990). Ces auteurs avancent plutôt que les adolescents agresseurs sexuels manifestent peu d'émotions négatives. Ils constatent que ces jeunes éprouvent davantage de difficultés à s'affirmer devant les autres et ont tendance à éviter, voir s'isoler, dans de telles situations de stress plutôt que de réagir par de fortes émotions négatives. Toutefois, ces auteurs confirment que le fait de présenter de telles difficultés conduit bien souvent les adolescents délinquants sexuels à adopter un mode relationnel défensif, laissant ainsi transparaître de l'agressivité dans leurs rapports avec autrui, afin de gérer le stress engendré par leur grande solitude. Par le fait même, Worling (2001) affirme que les adolescents auteurs

d'abus sexuels qui se sentent seuls, voire isolés socialement, sont aussi beaucoup plus à risque de commettre un nouveau délit violent et ce, qu'il soit de nature sexuelle ou non-sexuelle.

8.2. Les prédicteurs prétraitement associés à la récidive générale

Nos résultats indiquent que deux principaux prédicteurs sont associés à l'augmentation du risque de récidive générale chez les adolescents agresseurs sexuels, soit la tendance à démontrer plus de symptômes liés à un traumatisme ainsi que le fait de présenter une estime de soi élevée au regard de ses compétences athlétiques. En ce qui a trait au premier prédicteur, il apparaît que certains adolescents auteurs d'abus sexuels ayant subi un traumatisme important dans leur enfance (victimisation sexuelle ou physique) rapportent plus de symptômes liés à de l'anxiété, de la colère et de la dépression. Par conséquent, bon nombre d'adolescents délinquants sexuels ayant été victimes d'un traumatisme montrent un niveau plus élevé de séquelles psychologiques. Selon, Cooper (1996) les mineurs responsables d'abus sexuels qui ont été victimisés dans leur enfance se distinguent significativement par un score élevé à l'échelle de psychopathie et sont plus susceptibles de développer des troubles de la personnalité. De surcroît, selon Gretton et al. (2000), le fait de présenter un score élevé à l'échelle de psychopathie est associé à la récidive violente et générale. Étienne (2003), quant à lui, affirme que les adolescents agresseurs sexuels qui ont fait l'objet d'une victimisation sexuelle au cours de leur enfance montrent une plus grande détresse psychologique et rapportent davantage de symptômes qui risquent de compromettre leur développement affectif, personnel et interpersonnel. Par le fait même, il semble que ces adolescents éprouveraient également plus de difficultés psychosexuelles, ils vivraient plus de sentiments d'hostilité, ils auraient moins d'empathie et ils gèreraient plus difficilement les émotions négatives (Étienne, 2003). Smallbone (2009) considère aussi qu'un événement traumatique, tel un abus sexuel, vécu durant l'enfance engendre de nombreuses difficultés, notamment sur le plan relationnel à l'adolescence et à l'âge adulte. Selon cet auteur, la victimisation sexuelle favorise le développement d'un mode relationnel problématique, voire antisocial. D'autres auteurs abondent dans le même sens en considérant que les adolescents auteurs d'abus sexuels qui ont fait l'objet d'une victimisation sexuelle dans leur enfance ont plus souvent tendance à extérioriser leur détresse au travers des troubles de conduite et des comportements délinquants (Hawkes, Jenkins & Vizard (1997). Aussi, les adolescents agresseurs sexuels qui manifestent de tels comportements sont plus enclins à s'associer à des pairs

délinquants puisque les pairs non délinquants désapprouvent généralement de telles conduites (Lipsey & Derzon, 1998). Les pairs délinquants qu'ils fréquentent forment alors leur réseau d'amis. Par le fait même, la fréquentation de pairs déviants est reconnue comme un prédicteur associé à la récidive générale (Carpentier, 2009).

Bon nombre d'auteurs considèrent qu'il est important d'intervenir de manière précoce auprès des enfants qui font l'objet de victimisation sexuelle ou physique dans leur enfance, car une telle expérience de vie produit généralement de graves conséquences. Elle laisse notamment des séquelles psychologiques importantes à l'enfant et peut s'actualiser à l'adolescence par des comportements sexuels déviants, surtout chez les garçons (Hunter et Figueredo, 2000; Kenny, Keogh & Seidler, 2001). D'ailleurs, d'après l'étude de Carpentier (2009), la victimisation sexuelle est associée significativement aux trois types de récidive, soit sexuelle, violente et générale. Selon d'autres recherches portant sur la victimisation sexuelle, lorsque les garçons sont victimes d'agressions sexuelles, ils le sont plus fréquemment que les filles, d'où la nécessité une fois de plus d'intervenir rapidement auprès de ces enfants (Aylwin *et al*, 2000). Plusieurs auteurs confirment également que les expériences de sexualité déviante en bas âge représentent un facteur de risque associé à la continuité de la délinquance sexuelle (Kenny, Keogh & Seidler, 2001). Les auteurs Veneziano & Veneziano (2002) avancent, pour leur part, que l'adolescent qui a subi une agression sexuelle dans son enfance court davantage le risque de reproduire cet abus sexuel sur autrui, et ce, dès ses premières expériences sexuelles. Les résultats de l'étude de Madrigano (1999) abondent en ce sens. Ils montrent que 67% des délinquants sexuels juvéniles, ayant fait l'objet d'un abus sexuel dans leur enfance, rapportent que leurs premières expériences sexuelles étaient non consentantes. De plus, Jacob, McKibben et Proulx (1993) affirment que les adolescents qui agressent particulièrement des enfants ont fait plus souvent l'objet de victimisation sexuelle et ont tendance à agresser un plus grand nombre de victimes. L'étude de Langström et Grann (200) démontre, quant à elle, que le nombre élevé de victimes augmente aussi les probabilités de récidive sexuelle. D'autres auteurs affirment que le fait d'avoir subi une victimisation sexuelle est aussi un prédicteur de récidive violente mais non-sexuelle (Kahn & Chamber, 1991; Worling & Curwen, 2000).

Les résultats de la présente étude montrent également qu'obtenir un score élevé à l'échelle de l'estime de soi concernant la compétence athlétique est associé à la récidive générale (laquelle

inclut les récidives sexuelle et violente mais non-sexuelle). En ce qui concerne la récidive sexuelle, l'étude de Marshall (1989) rapporte que les adolescents agresseurs sexuels recherchent souvent la valorisation des autres sur le plan physique, car la puberté à l'adolescence entraîne plusieurs changements corporels. Par conséquent, ces adolescents ont tendance à cultiver une image d'eux-mêmes négative (Lafortest et Paradis, 1990). Le sport, entre autres, devient alors une activité par laquelle ils peuvent se valoriser physiquement auprès des autres et développer une meilleure estime de soi corporelle. Dans la présente étude, les adolescents récidivistes font preuve d'une grande estime de soi par rapport à leurs capacités et à leurs compétences sportives. On pourrait ainsi formuler l'hypothèse qu'ils dissimulent plutôt une image négative d'eux-mêmes. Dans ces circonstances, le fait de se juger compétent dans les sports peut contribuer à conserver une estime de soi élevée tout en étant problématique dans d'autres domaines, car elle dépend sans doute de la perception des enfants ou des pairs qu'ils côtoient dans leurs activités sportives. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Proulx et ses collaborateurs (soumis), qui constatent que les adolescents qui ne complètent pas leur traitement présentent aussi une très bonne estime de soi. Or, l'abandon du traitement est reconnu comme un bon prédicteur associé à la récidive sexuelle.

Le fait que les délinquants sexuels juvéniles récidivistes considèrent qu'ils ont de bonnes capacités athlétiques laisse possiblement penser qu'ils ont plus souvent tendance à recourir à la force physique lors de la perpétration de leurs crimes. En ce sens, nous avançons cette seconde hypothèse qui nous pousse à croire que les adolescents agresseurs sexuels, qui montrent une estime de soi élevée en regard de leurs capacités physiques, se croient sans doute supérieurs aux autres. Par conséquent, ceux-ci doivent répondre à leurs besoins sexuels ce qui conduirait ces adolescents à recourir à la force s'ils n'ont pas réponse à leurs besoins. Le recours à la force physique est d'ailleurs un facteur de risque important associé à la récidive violente (Langström, 2002). Il est aussi un indice d'impulsivité comportementale, lequel est également un prédicteur de la récidive violente (Carpentier, 2009).

Enfin, un seul prédicteur réduit les probabilités que survienne une récidive générale, soit la dissociation. La dissociation est reconnue comme étant un mécanisme de défense qui produit un engourdissement psychique et tend ainsi à faire diminuer la détresse psychologique engendrée par un événement traumatisant (Brière, 1996). Plus particulièrement, la dissociation a pour

fonction de gérer les émotions négatives liées à une expérience de vie traumatisante (Banyard, Williams et Siegel, 2001). Par conséquent, certains adolescents délinquants sexuels ont recours à la dissociation à la suite d'une victimisation sexuelle afin de fuir la détresse psychologique liée à l'agression qu'ils ont subie (Gershuny & Thayer, 1999). Dans l'étude de Collin-Vézina et Hébert (2003), la dissociation est aussi reconnue comme un mécanisme qui aide à la compréhension des conséquences psychologiques chez les enfants ayant subi une victimisation sexuelle. Les auteurs Kissiel et Lyons (2001) ont obtenu des résultats similaires auprès d'une population d'adolescents agressés sexuellement. Ainsi, les adolescents qui recourent à la dissociation, à la suite d'un abus sexuel subi dans leur enfance, semblent plus sensibles aux répercussions qu'a produit un tel événement dans leur vie et sont aussi moins susceptibles de reproduire le délit sexuel qu'ils ont eux-mêmes vécu. En quelque sorte, il semble que ce mécanisme favoriserait l'empathie chez les adolescents agresseurs sexuels et réduirait ainsi le risque de récidive générale.

8.3. Les prédicteurs en cours de traitement associés à la récidive violente et générale

En ce qui concerne les prédicteurs en cours de traitement, et plus particulièrement en ce qui a trait aux stades de motivation, la présente étude montre que les adolescents agresseurs sexuels sont moins susceptibles de récidiver de manière violente et générale s'ils se situent au stade de la contemplation. Le stade de contemplation est défini par le fait que l'adolescent reconnaît en grande partie ses difficultés personnelles et les impacts de ses actes. Pour ce qui est de notre étude, le stade de la contemplation correspond particulièrement bien avec l'une des caractéristiques personnelles prétraitement, soit la dissociation. Ce mécanisme psychologique permet de comprendre les conséquences psychologiques associées au traumatisme vécu. Ainsi, l'adolescent qui recourt à la dissociation reconnaît davantage les répercussions négatives liées à la victimisation sexuelle qu'il a subie et aux conséquences de l'agression sexuelle qu'il a commise envers la victime (Collin-Vézina et Hébert, 2005). Par conséquent, il peut être plus enclin à prendre part au traitement et à se mobiliser dans sa démarche thérapeutique. Nos résultats concordent une fois de plus avec ceux de l'étude de Proulx *et al.* (soumis) qui indiquent que les adolescents se situant à ce stade ont plus de chance de compléter leur traitement, diminuant ainsi nettement les risques de récidive.

Concernant l'alliance thérapeutique, nos résultats indiquent que les adolescents délinquants sexuels sont moins susceptibles de récidiver de manière violente s'ils parviennent à

s'entendre avec leur thérapeute sur leurs objectifs de traitement. En ce sens, Hubble, Duccan et Miller (1999) reconnaissent que la qualité de la relation thérapeutique permet de prédire les chances de succès et de prévenir la récidive. Le fait de parvenir à un consensus sur les objectifs en traitement entre l'intervenant et le client favorise non seulement le lien de confiance entre les deux parties, mais augmente aussi les chances que le participant complète sa démarche thérapeutique. De plus, il est reconnu par bon nombre d'auteurs que le fait de poursuivre jusqu'à la fin un programme de traitement diminue les risques de récidive. Les thérapeutes les plus efficaces sont d'ailleurs ceux qui parviennent le mieux à créer un consensus sur les objectifs en traitement (Lamboy, Lecompte et Blanchet, 2004). Par ailleurs, il s'avère tout aussi important de considérer les caractéristiques, voire les particularités du client, afin de favoriser l'alliance thérapeutique. Par exemple, il s'avère essentiel d'adapter les objectifs en traitement pour un adolescent agresseur sexuel présentant une déficience intellectuelle. D'autres aspects de l'alliance thérapeutique tels que la capacité de travailler et de s'engager dans le traitement ainsi que la perception du client face au thérapeute sont aussi des éléments qui favorisent une diminution de la récidive, (Castonguay et al., 2003; Lamboy, Lecompte, Blanchet, 2004. Proulx et al., soumis) mais ils ne se sont pas avérés significatifs dans notre étude.

Somme toute, de part les résultats obtenus dans cette présente étude, il apparaît que les adolescents qui récidivent soit de manière violente ou générale présentent les caractéristiques pré-traitement suivantes : ils recourent souvent à des émotions négatives comme stratégies d'adaptation pour faire face aux situations de stress, ils ont tendance à démontrer plus de symptômes en lien avec un traumatisme vécu (colère, dépression, anxiété, préoccupations sexuelles) et ils présentent une estime de soi élevée en regard de leurs compétences athlétiques. Il importe donc de considérer ces nombreux facteurs lors de la démarche d'intervention, notamment pour les responsables de la prise en charge des adolescents agresseurs sexuels, car ces facteurs sont reconnus dans notre étude comme de bons prédicteurs de récidive. Par ailleurs, il apparaît que les variables en cours de traitement qui se sont révélées significatives aux fins de notre recherche, favorisent une diminution de la récidive. En ce sens, les adolescents qui se situent au stade motivationnel de la contemplation et qui parviennent à établir un consensus sur les objectifs de traitement sont moins susceptibles de récidiver.

8.4. Implications cliniques liées au traitement

Il s'avère intéressant de s'attarder aux prédicteurs en cours de traitement, qui se sont révélés significatifs dans notre étude, puisqu'ils sont associés exclusivement à une diminution des risques de récidive violente et/ou générale. En effet, concernant le stade motivationnel de la contemplation, il apparaît que les adolescents agresseurs sexuels qui participent à un programme de traitement semblent moins susceptibles de commettre une nouvelle infraction violente ou générale s'ils reconnaissent leurs propres difficultés. Par conséquent, le fait d'admettre ses problèmes personnels démontre sans doute une capacité d'introspection présente chez ces adolescents. Selon une étude de Laforest et Paradis (1990), ces auteurs ont constaté que la capacité d'introspection chez les délinquants sexuels juvéniles est généralement restreinte. De plus, le fait de présenter une capacité d'introspection limitée nuit souvent à l'engagement du participant dans le processus thérapeutique. Cette affirmation concorde avec les résultats obtenus dans notre étude. En effet, nos résultats indiquent que les adolescents capables de reconnaître leurs difficultés personnelles, c'est-à-dire les sujets qui ont obtenu un score élevé à l'échelle de contemplation, présentent sans doute une meilleure capacité d'introspection ce qui favorise leur engagement dans le programme de traitement. De plus, le fait de poursuivre jusqu'à la fin un programme de traitement diminue les probabilités de récidive (Proulx et al., soumis).

L'engagement dans un processus thérapeutique est certes primordial afin que les délinquants sexuels juvéniles complètent leur traitement. Toutefois, il dépend bien souvent de la perception des adolescents. En ce sens, il s'avère essentiel que cette expérience, qu'est la participation à un programme de traitement, soit perçue positivement par les adolescents agresseurs sexuels afin que ceux-ci complètent leur traitement. Les intervenants responsables de la prise en charge de ces adolescents devraient donc demeurer vigilants par rapport aux craintes et résistances de ces jeunes afin d'intervenir auprès d'eux pour veiller à ce qu'ils s'intègrent bien à cette démarche thérapeutique. Selon Laforest et Paradis (1990) l'opposition manifestée par les adolescents au cours de leur processus thérapeutique doit être davantage comprise comme l'expression de leurs habiletés sociales déficitaires ou de leurs stratégies inadéquates pour faire face au stress et elle ne doit pas être perçue comme une forme de résistance au traitement.

La participation à un groupe est souvent l'intervention à privilégier auprès des adolescents agresseurs sexuels. Le groupe favorise les contacts interpersonnels avec des pairs de même âge

en plus de fournir des occasions d'améliorer leurs habiletés sociales et d'éviter aussi l'isolement. Par conséquent, il semble que les adolescents qui se sentent soutenus tant par leur thérapeute que par les autres participants seraient plus enclin à poursuivre leur démarche en traitement ce qui diminue les risques, une fois de plus, qu'ils ne récidivent (Proulx et al., soumis). Les délinquants sexuels juvéniles qui acceptent de participer activement aux discussions de groupe, font aussi plus d'apprentissages, tant sur le plan relationnel que sur le plan des connaissances qu'ils acquièrent en lien avec les différents thèmes abordés en thérapie de groupe (Lafortest et Paradis, 1990).

L'intervention de groupe a aussi pour but de développer d'une part des perceptions ainsi que des attitudes plus adéquates et d'autre part de faire prendre conscience aux adolescents auteurs d'abus sexuels de leurs besoins affectifs et des moyens plus appropriés pour y répondre (Lafortest et Paradis, 1990). Les adolescents agresseurs sexuels peuvent manifester des attitudes inappropriées avant même d'adhérer à la thérapie de groupe. Celles-ci s'expriment souvent par des émotions négatives (colère, frustration, agressivité) en raison bien souvent du stress que génère leur participation au groupe de thérapie. Ainsi, il est important que le thérapeute soit sensible aux réactions des adolescents et voie à élargir le registre émotionnel souvent négatif de ces délinquants sexuels juvéniles (Jacob et al., 1993). Il est également important que les intervenants se sentent à l'aise de discuter de problèmes sexuels, sociaux et familiaux de ces jeunes. Ces préalables apparaissent essentiels pour bien comprendre les besoins cachés derrière le comportement délinquant. Bon nombre d'adolescents délinquants sexuels proviennent de milieux dysfonctionnels où ils ont subi des expériences traumatisantes (abandon parentale, abus sexuels ou physiques, etc) lesquelles permettent parfois de mieux comprendre les besoins de ces jeunes qui sous-tendent certains comportements, attitudes ou distorsions cognitives. Nos résultats montrent également que les adolescents plus susceptibles de récidiver de manière générale sont ceux qui éprouvent plus de symptômes (anxiété, colère, dépression) en lien avec un traumatisme vécu. Il s'avère donc important pour le thérapeute d'établir un climat de confiance entre les participants car il n'est jamais facile de partager de telles expériences de vie et leurs conséquences en groupe. De plus, selon Étienne (2003), les adolescents agresseurs sexuels qui ont vécu un traumatisme dans leur enfance semblent éprouver plus de difficultés sur le plan des relations interpersonnelles notamment. Il se peut donc qu'ils soient plus réfractaires à participer d'emblée à un groupe.

Néanmoins, les résultats d'une étude de Laforest et Paradis (1990), réalisée auprès d'un échantillon d'adolescents agresseurs sexuels, montrent les bienfaits de l'intervention de groupe. Ainsi, il apparaît que la plupart des adolescents ont fait preuve d'une plus grande aisance à s'affirmer autant auprès des autres participants que du thérapeute au fur et à mesure que se déroulaient les rencontres de groupe. Les intervenants ont aussi observé un plus grand engagement personnel, c'est-à-dire plus d'ouverture à discuter de leur délit commis, mais aussi d'expériences traumatisantes vécues au fil des rencontres. En ce sens, il apparaît que la participation active et l'engagement constant manifesté par les adolescents agresseurs sexuels relèvent de la perception positive de ces derniers face au thérapeute et aux autres participants (Laforest et Paradis, 1990). La perception face au thérapeute est d'ailleurs un facteur qui s'est avéré significatif dans nos analyses bivariées. De plus, il apparaît que l'intervention en groupe est importante, et ce, afin que l'adolescent se sente écouté et reconnu par des jeunes du même âge qu'eux. Ce type d'intervention contribue également à améliorer les habiletés sociales chez chacun des participants.

Certains adolescents ne peuvent cependant participer d'emblée à un groupe et les intervenants se doivent de les cibler tôt au cours du processus thérapeutique afin de les orienter vers une intervention individuelle. C'est le cas notamment des adolescents qui ont besoin d'être davantage confrontés à leur conduite déviante, de ceux qui présentent une grande méfiance à l'égard de leurs pairs, qui ont une déficience intellectuelle ou toute autre difficulté d'importance qui pourrait leur causer préjudice en prenant part au groupe (Laforest et Paradis, 1990). S'ils se retrouvent en groupe et qu'ils rencontrent des résistances ou se sentent jugés par leurs pairs, ces adolescents sont plus enclins à abandonner leur traitement et cela augmente les risques qu'ils récidivent (Proulx et *al.*, soumis). C'est pourquoi il est préférable qu'ils soient accompagnés individuellement par un professionnel. L'intervention individuelle est une modalité thérapeutique qui facilite l'échange entre l'intervenant et l'adolescent. Il est également avantageux pour le thérapeute de travailler individuellement avec un jeune, même lorsque ce dernier ne présente pas de problèmes particuliers, car il est plus facile de préciser des objectifs en traitement avec l'adolescent. De plus, les résultats obtenus dans cette présente étude montrent que le fait d'obtenir un consensus sur les objectifs de traitement entre l'adolescent et son thérapeute diminue les risques qu'il ne récidive de manière violente. Le fait de parvenir à un consensus sur les

objectifs en traitement permet aussi de réduire les résistances de la part de l'adolescent, augmente l'alliance thérapeutique et favorise la continuité de la démarche d'aide (Castonguay et al., 2003).

Même si les variables concernant l'environnement familial ne se sont pas avérées significatives, plusieurs études, dont celle de Tardif *et al.* (2007) en particulier, évoquent l'importance de l'intervention familiale dans le traitement des adolescents agresseurs sexuels. Bon nombre de recherches ont montré que plusieurs adolescents agresseurs sexuels proviennent de milieux familiaux dysfonctionnels (Lafortune, 2001). Il s'avère donc important d'intervenir directement auprès des parents pour obtenir leur collaboration dans la démarche qu'entreprennent leurs adolescents. L'intervention réalisée auprès des parents est d'autant plus importante lorsque la victime est issue du même milieu familial que l'agresseur. Il s'avère aussi essentiel pour les parents d'apprendre à agir adéquatement auprès de leur enfant qui a agressé car la violence (physique ou sexuelle) est souvent présente comme méthode éducative dans le milieu familial de ces jeunes (Vizard, Monk et Misch, 1995). Il semble aussi que les délinquants sexuels juvéniles se sentent plus soutenus dans leur démarche thérapeutique lorsque leurs parents sont impliqués dans le traitement. Enfin, la prévalence de victimisation chez les parents d'adolescents agresseurs sexuels est aussi reconnue et justifie l'importance d'intégrer ceux-ci au traitement (Lundrigan, 2001). Certains auteurs avancent même le concept de transmission intergénérationnelle de la violence pour expliquer la perpétration des agressions sexuelles commise par les adolescents (Tardif, Hébert et Béliveau, 2007).

8.5. Les limites et forces de l'étude

Une des limites non négligeable de notre étude réside dans le fait que nous possédions un échantillon restreint d'adolescents délinquants sexuels qui ont récidivé. En ce sens, nous avons dû abandonner les récidivistes sexuels en raison de leur faible nombre. Le fait que nous possédions un grand nombre de tests augmentent également les risquent de trouver des résultats significatifs dus au hasard. En lien avec les données sur la récidive, celles-ci proviennent de la Chambre de la jeunesse et de la GRC. Ainsi, d'autres récidives consignées dans les Cours criminelles et municipales ont pu avoir lieu, mais elles nous ont échappées aux fins de cette étude.

Dans un deuxième temps, les adolescents agresseurs sexuels ayant participé à cette étude ont eux-mêmes complété les questionnaires. Ainsi, les données se rapportant aux caractéristiques personnelles, familiales et thérapeutiques sont auto-rapportées par les participants. Par conséquent, il nous faut donc compter sur les dires des adolescents sans pouvoir vérifier avec exactitude la justesse de leurs propos.

Au regard de la problématique des agressions sexuelles perpétrées par les adolescents, la présente étude apporte aussi de nouvelles connaissances à ce phénomène. De prime à bord, cette recherche a permis de vérifier auprès d'un échantillon québécois quels sont les caractéristiques personnelles et familiales avant le traitement et les caractéristiques thérapeutiques en cours de traitement qui sont en lien avec les différentes formes de récidive. En sommes les résultats obtenus par cette présente étude apportent également des informations complémentaires aux recherches antérieures menées et favorisent une meilleure compréhension en matière de récidive criminelle.

Par ailleurs, en termes d'interventions cliniques, la présente étude vise à favoriser une meilleure prise en charge des adolescents agresseurs sexuels. Ainsi, il est nécessaire de tenir en compte les caractéristiques personnelles, familiales et thérapeutiques des adolescents délinquants sexuels afin d'ajuster le traitement pour mieux répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle et ce, dans le but de diminuer le plus possible les risques de récidive.

9. Conclusion

Somme toute, les résultats de notre étude concordent avec bon nombre de recherches qui reconnaissent que la plupart des adolescents agresseurs sexuels ne commettront pas à nouveau d'infraction à caractère sexuel. Une minorité de notre échantillon, soit cinq sujets seulement, a récidivé sexuellement suite à leur démarche en traitement. L'objectif général de la majorité des programmes de traitement vise à réduire la récurrence par l'adoption de comportements sexuels responsables et socialement acceptables (Paradis et Laforest, 1990). D'après les résultats obtenus dans la présente étude, il apparaît que l'objectif général ciblé par les programmes thérapeutiques semble atteint par la plupart des adolescents délinquants sexuels. Toutefois, le traitement devrait aussi tenir compte des comportements délinquants de manière plus générale. En ce sens, nos résultats démontrent que les mineurs auteurs d'abus sexuels sont plus nombreux à poursuivre une carrière criminelle générale plutôt que de persister dans la délinquance sexuelle. Ces résultats contredisent aussi la croyance populaire voulant qu'un adolescent agresseur sexuel continue dans la voie de la délinquance sexuelle en commettant des gestes de même nature jusqu'à l'âge adulte. Il faut donc éviter de stigmatiser tous les adolescents ayant commis un abus sexuel en leur apposant l'étiquette d'agresseurs sexuels car une minorité d'entre eux le deviendront une fois adulte.

Les prédictors établis dans le cadre de notre étude pourraient constituer des pistes d'intervention intéressantes afin de concevoir des programmes thérapeutiques mieux adaptés aux besoins des adolescents auteurs d'abus sexuels, notamment en ce qui a trait à l'estime de soi et à la gestion des émotions en situation de stress. Les intervenants responsables de la prise en charge des délinquants sexuels devraient aussi tenir compte de ces facteurs qui jouent un rôle considérable dans l'adoption de comportements délinquants à long terme.

Le traumatisme engendré par des abus sexuels ou physiques est un autre aspect à considérer dans la prise en charge des délinquants sexuels juvéniles. Les séquelles laissées par une telle expérience de vie traumatisante ont un impact important sur le développement des adolescents agresseurs sexuels et augmentent les risques qu'ils récidivent. Ce constat suggère également qu'il est important d'intervenir rapidement auprès des victimes qui ont subi des abus dans leur enfance, en particulier les garçons. Bien que bon nombre d'études considèrent que les jeunes filles font davantage l'objet d'agressions sexuelles que les garçons au cours de l'enfance,

il apparaît que ceux-ci sont beaucoup plus susceptibles d'être les auteurs d'une agression sexuelle à l'adolescence (Worling, 2001). De plus, certaines études soutiennent que lorsque les garçons sont victimes d'abus sexuels, ils le sont plus fréquemment que les filles (Aylwin *et al.*, 2000). Il s'avère donc essentiel d'intervenir rapidement auprès des adolescents agresseurs sexuels qui ont été victimes d'abus sexuels afin de mieux gérer les répercussions négatives d'une telle expérience traumatisante.

Références

- Alexander, M. A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse*, 11-101-116.
- Abel, G. & Rouleau, J. L. (1990). The nature and extend of sexual assault. In W. L.Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds). *Handbook of sexual assaults:Issues, Theories and treatment of the offender*. New York: Plenum Press.
- Ayers, C. D., William J. H., Hawkins, Peterson, P. L., Catalano, R. F., & Abott, R.D. (1999). Assessing correlates of onset, escalation, de-escalation, and desistance of delinquent behaviors, *Journal of Quantative Criminology*, 15 (3), 277-306.
- Aylwin, A.S., Clelland, L. KirKby, J. R. L. H. Studer, & J. Johnston (2000). Sexual Offense Severity and Victim Gender Preference : A Comparison of Adolescent and Adult Sex Offenders. *International Journal Law and Psychiatry*, 23, 113-124.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). Understanding links among childhood trauma, dissociation, and women's mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 311-321.
- Bartholomew, K, & Horowitz, L.M. 1991, Attachment Styles Among Young Adults : A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.61, No. 2, 226-244.
- Beauchemin, A., & Tardif, M. (2007). L'influence de l'adaptation psychosociale chez les adolescents ayant commis ou non des abus sexuels dans l'expression de leur sexualité. In M. Tardif (Ed.), *L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières*. CIFAS 2005 (pp.181-183).
- Becker, J., Kaplan M. S., & Kavoussi, R. (1988). Measuring the effectiveness of treatment for the aggressive adolescent sexual offender. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 215-222 [Étude 7].

- Becker, J. V., Harris, C. D., & Seles, B. D. (1993). Juveniles who commit sexual offenses: A critical review of research. In H. Jefferson, & E. K. Grover (Eds), *Sexual aggression: Issues in etiology, assessment, and treatment*, 215-228.
- Becker, J. V., & Hunter, J. A. (1997). Understanding and treating child adolescent sexualoffenders. In H. Thomas, H. Ollendick, & Ronald J. Prinz (Eds), *Advances in Clinical Child Psychology*, 19 (pp.177-197). New York, NY: Plenum Press.
- Benoit, J. L. & Kennedy, W. A. (1992) The Abuse History of Male Adolescent Sex Offenders, *Journal of Interpersonnal Violence*, vol. 7, n° 4, p. 543-348.
- Bischof, G. P., Stith, M.& Whitney W. (1995). Family Environments of Adolescents Sex Offenders and Other Juvenile Delinquents, *Adolescence*, n°30, p.157-170.
- Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) : Professional manual. Odessa : *Psychological Assessment Resources, Inc.*
- Cadwell, M. F. (2007). Sexual offense adjudication and sexual recidivism among juvenile offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 19 (2), 107-113.
- Carpentier, J. & Proulx, J. (2009). La récidive chez les adolescents auteurs d'abus sexuels: Facteurs de risque et pistes d'interventions. *Revue Internationale de Criminologie et de police technique et scientifique*, LXII, 337-358.
- Castonguay, L.-G., Reid, J. J., Halperin, G. S. & Goldfried, M. R. (2003). Psychotherapy integration. In G, Stricker et T. A. Widiger (Éds), *Handbook of psychology* (p. 8). New York : Wiley.
- Cooper, C. L., Murphy, W. D., & Haynes, M. R. (1996). Characteristics of abuse and non abused adolescent sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research a Treatment*, 8 (2), 105-119.
- Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle: Description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect*, 27, 489-507.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.

- Edwards, R., Beech, A., Bishopp, D., Erickson, M., Friendship, C., & Charlesworth, L. (2005). Predicting dropout from a residential programme for adolescent sexual abusers using pretreatment variables and implications for recidivism. *Journal of Sexual Aggression*, 11, 139-155.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). CISS: Coping inventory for stressful situations- Manual. Toronto: Multi-Health Systems.
- Étienne, L. (2003). Comparaison du profil psychosocial d'adolescents agresseurs sexuels ayant subi ou non une agression sexuelle pendant l'enfance : mémoire.
- Gagnon, M. M., Bégin, H. & Tremblay, C. (2006). Émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants : éléments de compréhension, *Revue de psychoéducation*, vol.35 no^o1, p.9-17.
- Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 631-657.
- Gretton, H. M, McBride, M, Hare, R. D., O'Shaughnessy R., & Kumba, G. (2001). Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 427-449.
- Gudjonsson, G. H., & Singh, K. K. (1989). The Revised Gudjonsson Blame Attribution Inventory. *Personality and Individual Differences*, 10, 67-70.
- Giuli, C. A., & Hudson, W. W. (1977). Assessing parent-child relationship disorders in clinical practice: The child point of view. *Journal of Social Service Research*, 1 (1), 77-92.
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.

- Hawkes, C., Jenkins, J. A., & Vizard, E. (1997). Roots of sexual violence in children and adolescents. In V. Varma (Ed.), *Violence in children and adolescents* (pp. 84-102). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Harter, S. (1988). The Self-Perception Profile for Adolescents. *Unpublished manual*. University of Denver, Denver, CO.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change : What works in therapy*. Washington : APA.
- Hunter, J. A., & Figueredo, A.J. (2000). The influence of personality and history of sexual victimization in the prediction of juvenile perpetrated child molestation. *Behavior Modification*, 29 (2), 259-281.
- Hunter, J. A., Figueredo, A. J., Malamuth, N. M., & Becker, J. V. (2003). Juvenile sex offenders: Toward the development of a typology. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15 (1), 27-48.
- Hsu, L. K. G., & Starzynski, J. (1990). Adolescent rapist and adolescent child sexual assaulters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34 (1), 23-30.
- Jacob, M., McKibben, A., & Proulx, J. (1993). Étude descriptive & comparative d'une population d'adolescents agresseurs sexuels. *Criminologie*, 26 (1), 133-163.
- Jacob, M., Auclair, N., & Quennevielle, R. (1999). Le traitement d'adolescents agresseurs sexuels en clinique externe. *Forensic*, 21, 19-22.
- Jesness, C. F. (1973) *The Jesness Inventory* (édition révisée), Palo Alto, Consulting Psychologists Press.
- Kahn, T. J., & Chamber, H. J. (1991). Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare*, 70, 333-345.

- Kenny, D. T., Keogh, T. & Seidler, K. (2001). Predictor of recidivism in Australia juvenile sex offenders : Implications for treatment. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 13(2)131-148.
- Kirby, D. (1990). Sexuality questions and scales for adolescents. Santa Cruz, CA: Sage Pub.
- Kissiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.
- Laforest, S., & Paradis, R. (1990). Adolescents et délinquants sexuels. *Criminologie*, 23 (1), 95-116.
- Lafortune, D. (1996). Antécédents et caractéristiques psychologiques des adolescents ayant commis un abus sexuel. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, Département de psychologie, Faculté des Arts et Sciences.
- Lafortune, D. (2001). Abus sexuel juvénile et délinquance juvénile à la lumière des antécédents personnels et familiaux. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 3, 299-317.
- Lafortune, D., Proulx, J., Tourigny, M., & Metz, K., (2007). Recension des études empirique québécoises s'intéressant aux adolescents auteurs d'agression sexuelle, *Revue de psychoéducation*, 33(2) 449-472.
- Lagueux, F., & Tourigny, M. (1999). États des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux
- Lamboy, B., Lecomte, C. & Blanchet, A. (2004). La conscience réflexive du psychothérapeute. *Revue québécoise de psychologie*.
- Langström, N (2002). Long-term follow-up of criminal recidivism in young sex offenders : Temporal pattern and risk factor. *Psychology, Crime & Law*, 8 (1), 41-58.

- Langström, N., & Grann, M. (2000). Risk for criminal recidivism among young sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 855-871.
- Launey, G (1994). The phallometric assessment of sex offenders: Some professional and research issues. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 4, 48-7.
- LeBlanc, M. & Lapointe, C. (1999). Agression sexuelle chez les garçons : comparaison des agresseurs, des agressés et des agresseurs agressés avec les autres adolescents en difficulté. *Revue Canadienne de Criminologie*, octobre, 479-511.
- Lief, H. I., Fullard, W., & Devlin, S. J. (1990). A new measure of adolescent sexuality: SKAT-A. *A Journal of Sex Education and Therapy*, 16, 79-91.
- Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (1998). Predictor of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinale research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds). *Serious and violent juvenile offenders: Risk factor and successful interventions* (p.86-105). London: Sage.
- Lösel, F. & M. Schmucker. (2005). « The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis », *Journal of Experimental Criminology*, vol. 1, p. 117-146.
- Lundrigan, P. (2001). Treating youth who sexually abuse: An integrated multi-component approach. New York: Haworth Press. P, 51-114.
- Madrigano, G. D. (1999). Vers la validation d'un protocole d'évaluation pour les adolescents ayant commis des crimes sexuels : entrevue et questionnaires. Thèse de doctorat inédite. Montréal : Université de Montréal.
- Madrigano, G. D., Robinson, M. C., & Rouleau, J. L. (1997). Caractéristiques sociodémographiques et cliniques d'une population d'adolescents ayant commis des crimes sexuels. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18 (3), 91-110.
- Marmar, C. R., & Gaston, L. (1988) Manual for the California Psychotherapy Scales– *CALPAS*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, CA.

- Marshall, W. L. (1989). Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behavior Research and Therapy*, 27, 491-503.
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Champagne, F. (1997). Self-esteem and its relationship to sexual offending. *Psychology Crime & Law*, 3, 81-106.
- Marshall, W.L., Hudson, S.M. et Hodkinson, S (1993). The Importance of Attachment Bonds In The Development of Juvenile Sex Offending. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall, and S. M. Hudson, (Eds.) *The Juvenile sex Offender*. New-York, NY : Guilford Press, 164-81.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., & Cortoni, F. A. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12 (1), 17-26.
- Matson, J. L. (1994). Matson evaluation of social skills with youngsters: Manual (2nd Ed.). Worthington,OH: IDS Publishing.
- Miner, M.H. (2002) Factor associated with recidivism in juvenile : An analysis of serious juvenile sex offenders. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 39 (4), 421-436.
- Miranda, A. O., & Corcoran, C.L. (2000). Comparison of Perpetration Characteristics Between Mal Juvenile and Adult Seual Ofeenders : Preliminary Result. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 12(3) 179-188.
- Moos.R., Insel.G. and Humphrey.B. (1974) Preliminary Manual for Family Environment Scale, Work Environment Scale, and Group Environment Scale. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Murphy, W. D., DiLillo, D., Haynes, M. R., & Steere, E. (2001). An exploration of factors related to deviant sexual arousal among juvenile sex offenders. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13 (2), 91-103.
- Nisbet, I., Wilson, P. & Smallbone, S. W. (2004). A prospective longitudinal study sexual recidivism among adolescent sexual offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Researh and Treatment*, 16 (3), 223-234.

- Ouimet, M. (2005). *La criminalité au Québec durant le vingtième siècle*, Saint-Nicolas (Québec), Presse de l'Université Laval.
- Pagé C, Tourigny, M & Renaud, P. (2010). A comparative analysis of youth sex offenders and non-offender peers: Is there a difference in their coping strategies. *Sexologies*, Volume 19, Issue 2, April-June 2010, Pages 78-86.
- Parent-Lavoie, M., Tardif, M. & Hébert, M. (2004). *Les adolescents agresseurs sexuels : Analyse de besoin des victimes, des agresseurs et des membres de la famille*, 28 p. Document inédit.
- Parks, G.A. & Bard, D. E. (2006). Risk factor for adolescents sex offender recidivism : Evaluation of predictive factor and comparison of three based victim type. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 18(4), 319-342.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114
- Proulx, J.& Lussier, P. (2001). La prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels *Criminologie*, vol. 34, n° 1, p. 9-29.
- Proulx, J., Tourigny, M. & Lafortune, D., (Soumis pour publication) La fin prématurée du traitement chez les adolescents délinquants sexuels.
- Rasmussen, L. A (1999). Factor related to recidivism among juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 11(1), 69-85.
- Richard-Bessette, S. (1996). Les habiletés hétérosociales des adolescents agresseurs sexuels : Une recension des écrits. *Revue Sexologique*, 4, 55-76.
- Rightland, S. & Welch, C. (2001). Juvenile who have sexually offended: A reviews of the professional literature. Washington, DC : *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*.

- Robinson, M. C. (1998). Vers la validation de la pléthysmographie pénienne comme mesure psychophysiologique des intérêts sexuels des adolescents ayant commis des crimes sexuels. Thèse de doctorat inédite. Montréal : Université de Montréal.
- Ryan, G. & Lane, S.(1997). Incidence and Prevalence of Sexual Offenses Committed by Juveniles , *Juvenile Sexual Offending*, San Francisco, Jossey-Bass, 10-16.
- Ryan, G. & Lane, S. (1997). Consequences for the Youth Who Has Been Abused, *Juvenile Sexual Offending*, San Francisco, Jossey-Bass, 168-175.
- Schram, D., Milloy, C., & Rowe, W. (1991). *Juvenile sex offenders: A follow-up study of reoffense behavior*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Sioui, B. (2008), Jeux interdits: Ces adolescents accusés d'agression sexuelle. *Sexualités et sociétés*, 21-55.
- Skuse, D., Bentovim, A., Hodges, J., Stevenson, J., Andreou, C., Lanyado, M., New, M., Williams, B., & McMillan, D. (1998). Risk factors for development of sexually abusive behavior in sexually victimized adolescent boys: Cross sectional study. *British Medical Journal*, 317, 175-187.
- Smallbone, S.W. (2005). Attachment insecurity as a predisposing and precipitating factor in sexual offending by young people. In Martin C. Calder, (Éd). *Children and young people who sexually abuse : New theory, research and practice developments* (pp. 6-18). Russell House Publishing : U. K.
- Smith, W. R. and Monastersky, C. (1986). Assessing juvenile sexual offenders' risk for reoffending. *Criminal Justice and Behavior* 13, 115-140.
- Tardif, M., Hébert, M., & Béliveau, S. (2007). La transmission intergénérationnelle de la violence chez les familles d'adolescents qui ont commis des agressions sexuelles. In M. Tardif (Éd.). *L'Agression Sexuelle : Coopérer au-delà des frontières, Cifas 2005. Textes choisis*, pp. 151-180. Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal.

- Tourigny, M., & Dufour, M. (2000). La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants : une recension des écrits. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 567-589.
- Van Wikj, A., Vermeiren, R., Loeber, R. Doreleijers, L. Hart-Kerkhoffs, L. & Bullens, R. (2006). Juvenile sex offenders compared to non-sex offenders: a review of the literature 1995-2005, *Trauma Violence Abuse*, vol. 7 n° 4, p. 227-243
- Vandiver, D. M. (2006). A prospective analysis of juvenile male sex offenders : Characteristics and recidivism rates as adults. *Journal of interpersonal violence*, 21(5), 673-688.
- Viens, S. (2010). Évaluation des effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles.(mémoire).
- Vizard, E., Monk. E., & Misch, P. (1995). Child and adolescent sex abuse perpetrators: A review of the research literature, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (5), 731-756.
- Veneziano, C. & Veneziano, L. (2002). Adolescent sex offenders : A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 3(4), 247-260.
- Waite, D., Keller, A., McGarvey, E. L., Wieckowski, E., Pinkerton, R., & Brown, G. L. (2005). Juvenile sex offender re-arrest rates for sexual violent nonsexual and property crimes: A 10-years follow-up. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 313-331.
- Worling, J. R. (2001). Personality-based typology of adolescent male sexual offenders : Differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimisation histories. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 13(3), 159-166.
- Worling, J. R. & Curwen, T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism : Success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse and Neglect : The International Journal* 24 (7), 965-982.

Worling, J. R. & Langström, N. (2005). Risk of sexual recidivism in adolescents who offend sexually : Correlates and assessment. In Barbaree, H. E., Marshall, W.L. & Hudson, S. M. (ed). *The Juvenile Sex Offender* (2nd ed.) (p.219-247). New-York : Guilford Press.

Zolonek, S. C., G. G., Abel, W. F. Jr Noethey et A. D. Jordans (2001). The Self-Reported Behaviors of Juvenile sexual Offenders, *Journal of Interpersonal Violence*, (16), 73-85.

Annexe 1

Moyenne comparative entre les récidivistes et les non-récidivistes pour les variables à l'étude en fonction des 3 types de récidives

Variables à l'étude	Récidive sexuelle		Récidive violente		Récidive générale		
	R	N-R	R	N-R	R	N-R	T
Questionnaire sur la sexualité							
Confort à parler de sexualité	3,07	2,69	3,01	2,67	2,96	2,64	2,71
Confort à parler de contraception	2,47	2,82	3,06	2,77	2,95	2,76	2,81
Confort à parler sexualité avec parent	2,10	2,29	2,62	2,25	2,59	2,19	2,28
Confort à dire non à la sexualité	3,30	3,11	3,15	3,11	3,21	3,09	3,12
Confort à utiliser la contraception	3,45	3,10	2,71	3,16	3,00	3,15	3,11
Quest. rendez-vous romantique	164,40	160,80	158,67	161,22	159,10	161,46	160,93
Échelle des habiletés sociales							
Habiletés sociales appropriée	58,80	54,02	57,33	53,81	55,52	53,81	54,20
Affirmation de soi appropriée	32,20	31,84	37,67	31,12	34,10	31,18	31,85
Impulsivité	11,00	12,31	14,40	11,99	13,10	12,01	12,26
Confiance en soi excessive	10,00	10,24	10,87	10,15	10,42	10,17	10,23
Jalousie	6,60	7,65	7,93	7,58	7,52	7,64	7,61
Échelle attribution de responsabilités							
Culpabilité	11,75	14,01	13,79	13,95	13,75	13,99	13,94
Responsabilité externe	1,75	2,41	3,47	2,25	2,80	2,27	2,39
Responsabilité interne	4,60	5,90	5,21	5,92	5,60	5,92	5,85
Inventaire de stratégies d'adaptation en situation de stress							
Stratégie axée sur la tâche	22,34	50,22	48,67	50,37	49,71	50,33	50,19
Stratégie axées sur les émotions (réponse émotionnelle)	40,20	43,73	44,27	43,52	43,74	43,56	43,60
Stratégie axées sur l'évitement	44,60	49,48	52,00	48,97	49,71	49,18	49,30
Stratégie axée sur la distraction	18,80	22,34	25,93	21,74	23,32	21,88	22,21
Échelle d'estime de soi							
Compétence scolaire	2,71	2,75	2,73	2,75	2,55	2,81	2,75
Acceptation sociale	3,00	2,85	3,10	2,83	3,09	2,79	2,86
Compétence athlétique	3,77	2,99	3,39	2,97	3,29	2,93	3,02
Apparence physique	2,70	2,72	2,69	2,72	2,67	2,73	2,72
Conduite comportementale	2,67	2,54	2,31	2,58	2,35	2,61	2,55
Attirance romantique	3,12	2,89	2,83	2,91	2,95	2,89	2,90
Amitié	2,60	2,89	2,92	3,12	3,04	3,12	3,10
Inventaire de Personnalité Jesness							
Mésadaptation sociale	26,80	26,66	29,31	26,33	27,72	26,37	26,67
Orientation des valeurs	16,60	17,65	17,86	17,58	17,19	17,73	17,61
Immaturité	16,75	17,49	16,36	17,58	16,29	17,78	17,46
Autisme	10,00	10,26	10,50	10,21	9,89	10,35	10,25
Aliénation	7,60	9,53	9,29	9,48	9,00	9,59	9,45
Agressivité	14,40	16,45	17,08	16,28	16,08	16,44	16,36
Retrait	8,00	12,41	12,31	12,26	12,04	12,32	12,26

	R	N-R	R	N-R	R	N-R	T
Anxiété sociale	10,40	14,41	13,43	14,36	13,07	14,59	14,25
Refoulement	5,20	4,32	4,00	4,40	4,16	4,41	4,36
Déni	15,20	11,04	11,46	11,18	11,81	11,04	11,21
Questionnaire sur l'attachement							
Sécure	5,00	4,54	3,73	4,67	4,30	4,64	4,56
Ambivalent	3,20	2,98	2,67	3,03	2,67	3,08	2,98
Détaché	2,00	3,07	2,87	3,05	2,83	3,09	3,03
Anxieux	1,60	3,04	3,40	2,93	2,63	3,09	2,98
L'échelle d'attitude face au père	16,00	26,09	26,15	25,66	28,92	24,76	25,72
L'échelle d'attitude face à la mère	20,80	25,89	31,36	24,98	29,55	24,54	25,69
Échelle des symptômes traumatiques							
Anxiété	3,80	8,17	7,29	8,09	7,86	8,04	8,00
Dépression	5,40	8,60	9,50	8,35	8,55	8,45	8,47
Stress post-traumatique	5,40	10,96	11,07	10,71	10,17	10,91	10,75
Préoccupations sexuelles	5,80	7,35	7,62	7,25	7,54	7,22	7,29
Dissociation	4,60	10,45	10,00	10,25	9,24	10,50	10,22
Colère	4,60	8,05	9,93	7,64	8,34	7,75	7,89
Tendance à nier les symptômes	4,60	2,14	2,14	2,25	2,72	2,10	2,24
Tendance à montrer plus de symptômes	3,00	2,53	2,64	2,50	2,69	2,46	2,51
Échelle de distorsions cognitives	4,00	3,54	5,53	3,31	4,39	3,31	3,56
Questionnaire stades de motivation							
Pré-contemplation	22,00	15,52	15,92	15,68	17,79	15,10	15,71
Contemplation	32,00	35,65	34,33	35,71	33,46	36,16	35,55
Action	34,67	34,77	33,25	34,96	32,54	35,41	34,76
Maintien	26,00	26,12	24,50	26,32	25,04	6,42	26,11
L'échelle d'alliance thérapeutique							
Capacité de travail en traitement	28,00	35,36	29,45	29,39	28,32	9,69	29,40
Engagement en traitement	36,00	35,07	33,55	35,29	32,79	5,69	35,08
Consensus sur les objectifs	39,00	34,42	30,45	35,04	31,42	5,30	34,47
Perception du thérapeute	40,00	37,02	35,36	37,29	36,16	7,30	37,06
L'échelle d'environnement familial							
Expression	5,00	5,08	5,33	5,04	4,96	,11	5,08
Cohésion	5,50	6,36	6,83	6,28	6,39	,33	6,35
Conflit	6,00	6,09	6,25	6,07	6,35		6,

						,01	09
Questionnaire du climat de groupe							
Engagement	6,5000	7,36	7,9899	7,2651	7,15	7,40	7,34
Support	6,0000	7,08	7,9899	6,9409	6,37	7,25	7,05
Expression	8,8889	6,77	6,6667	6,8320	6,56	6,89	6,81
Autonomie	6,1111	6,46	7,0509	6,3716	6,48	6,44	6,45
Orientation pratique	4,0000	7,09	6,8765	7,0756	6,67	7,16	7,06
Orientation problèmes personnels	7,1528	8,12	8,3207	8,0715	7,78	8,19	8,10
Ordre et organisation	8,5000	8,54	8,5808	8,5362	8,28	8,62	8,54
Clarté	7,3750	7,86	7,5556	7,8790	7,44	7,96	7,85
Contrôle	4,36	5,05	4,71	5,07	5,09	5,02	5,03

Annexe 2

Résultats des analyses bivariées pour les variables à l'étude en fonction des 3 types de récidives

Variables à l'étude	Récidive sexuelle	Récidive violente	Récidive générale
Questionnaire sur la sexualité			
Confort à parler de sexualité	0,065	0,320	0,838
Confort à parler de contraception	0,072	0,142	0,629
Confort à parler sexualité avec parent	0,657	0,248	0,621
Confort à dire non à la sexualité	0,777	0,804	0,477
Confort à utiliser la contraception	0,174	0,308	0,352
Questionnaire rendez-vous romantique	0,960	0,714	0,814
Échelle des habiletés sociales			
Habiletés sociales appropriée	0,734	0,583	0,751
Affirmation de soi appropriée	0,531	0,179	0,127
Impulsivité	0,478	0,847	0,698
Confiance en soi excessive	0,728	0,469	0,721
Jalousie	0,314	0,596	0,343
Échelle d'attribution de la responsabilité			
Culpabilité	0,381	0,558	0,857
Responsabilité externe	0,581	0,608	0,642
Responsabilité interne	0,188	0,198	0,414
Inventaire des stratégies d'adaptation en situation de stress			
Stratégie axée sur la tâche	0,832	0,408	0,423
Stratégie axées sur les émotions* (réponse émotionnelle)	0,664	0,037*	0,521
Stratégie axées sur l'évitement	0,317	0,408	0,201
Stratégie axée sur la distraction	0,186	0,740	0,303
Échelle d'estime de soi			
Compétence scolaire	0,089	0,792	0,089
Acceptation sociale	0,060	0,233	0,060
Compétence athlétique**	0,007**	0,041*	0,007**
Apparence physique	0,609	0,812	0,609
Conduite comportementale	0,426	0,633	0,426
Attirance romantique	0,413	0,847	0,413
Amitié*	0,042*	0,610	0,042*
Inventaire de Personnalité Jesness			
Mésadaptation sociale	0,960	0,646	0,112
Orientation des valeurs	0,877	0,481	0,447
Immaturité	0,771	0,324	0,429
Autisme	0,576	0,063	0,213
Aliénation	0,589	0,574	0,179
Agressivité	0,265	0,946	0,306
Retrait*	0,138	0,033*	0,051
Anxiété sociale**	0,246	0,261	0,005**
Refoulement	0,151	0,679	0,290

Déni	0,615	0,782	0,251
Questionnaire sur l'attachement			
Sécure	0,427	0,549	0,528
Ambivalent	0,898	0,303	0,358
Détaché	0,124	0,571	0,344
Anxieux	0,099	0,964	0,133
L'échelle d'attitude face au père	0,584	0,368	0,508
L'échelle d'attitude face à la mère	0,660	0,273	0,783
L'échelle des symptômes traumatiques			
Anxiété	0,999	0,053	0,750
Dépression	0,948	0,309	0,863
Stress post-traumatique	0,874	0,471	0,774
Préoccupations sexuelles	0,484	0,842	0,156
Dissociation*	0,213	0,233	0,013*
Colère	0,268	0,114	0,231
Tendance à nier les symptômes*	0,027*	0,055	0,666
Tendance démontrer plus de symptômes*	0,397	0,160	0,042*
Échelle de distorsions cognitives	0,331	0,243	0,232
Le questionnaire des stades de motivation			
Pré-contemplation*	0,037*	0,425	0,317
Contemplation***	0,196	0,019**	0,000***
Action***	0,778	0,028*	0,000***
Maintien	0,944	0,262	0,563
L'échelle d'alliance thérapeutique			
Capacité de travail en traitement	0,458	0,188	0,259
Engagement en traitement	0,609	0,358	0,497
Consensus sur les objectifs***	0,733	0,000***	0,458
Perception du thérapeute*	0,613	0,012*	0,970
L'échelle d'environnement familial			
Expression	0,717	0,324	0,335
Cohésion	0,935	0,555	0,306
Conflit	0,422	0,626	0,390
Questionnaire du climat de groupe			
Engagement	0,910	0,837	0,124
Support*	0,868	0,440	0,020*
Expression	0,243	0,115	0,057
Autonomie	0,978	0,207	0,413
Orientation pratique	0,112	0,512	0,051
Orientation problèmes personnels	0,154	0,583	0,284
Ordre et organisation	0,249	0,381	0,073
Clarté	0,278	0,342	0,271
Contrôle	0,828	0,638	0,560

Annexe 3

Définition des variables significatives à l'étude¹

Variables significatives	Définition
Âge de la victime	Âge de la victime au moment de l'agression sexuelle qu'elle a subie
Sexe de la victime	Sexe de la victime (masculin ou féminin)
Victime intrafamiliale	Personne ayant subi une agression sexuelle et membre de la famille de l'agresseur (frère, sœur, cousin, cousine)
Victime extrafamiliale	Personne ayant subi une agression sexuelle mais ne faisant pas partie de la famille de l'agresseur. Elle peut être aussi inconnue de celui-ci
Réponse émotionnelle	Réaction émotionnelle en situation de stress
Tendance à démontrer plus de symptômes liés à un traumatisme	Tendance à percevoir plus de symptômes suite à un traumatisme (anxiété, dépression, colère, dissociation, préoccupations sexuelles)
Dissociation	Mécanisme de défense inconscient qui peut se produire afin de fuir la détresse psychologique engendré par un événement traumatique.
Compétence athlétique	Perception du sujet relative à ses capacités physiques
Contemplation	Stade de motivation où le sujet reconnaît ses propres difficultés
Consensus sur les objectifs en traitement	Entente entre le thérapeute et le client sur les objectifs à atteindre

¹ Seules les variables significatives lors des analyses multivariées figurent dans ce tableau.

